



Nuansa
Fajar
Cemerlang



SUKSES UKOM PERAWAT

Dilengkapi:

- ✓ Tips dan Trik
- ✓ Kata Kunci
- ✓ Pembahasan



Mugi Hartoyo - Anida - Casman - Elisabeth Wahyu Savitri - Harmilah -
Hilda Mazarina Devi - Mariyam - Muhammad Ardi - Mukhamad Rajin -
Novi Malisa - Nurul Mawaddah - Rahmad Wahyudi - Rahmi Imelisa -
Rumentalia Sulistini - Sulastri - Suryanti - Tri Lestari Handayani -
Ulty Desmarnita - Widyoningsih - Yuniastini

Bonus :

Diskon bimbel sepanjang tahun

SUKSES UKOM PERAWAT

Penulis Utama:
Mugi Hartoyo, MN

Penulis Soal KMB:
Mugi Hartoyo, MN.
Anida, S.Kep., Ns., M.Sc.
Muhammad Ardi, S.Kep., M.Kep., Ns., Sp.Kep.M.B.
Novi Malisa, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. Arifin Hidayat, SST., M.Kes.
Ns. Dewi Siti Oktavianti, S.Kep., M.Kep.
Ns. Dwi Yunita Rahmadhani, M.Kep.
Ns. Elisabeth Wahyu Savitri, M.Kep.
Ns. Faisal Sangadji, M.Kep.
Ns. Felicia Risca Ryandini, M.Kep., Sp.Kep.MB.
Ns. Harmilah, S.Pd., S.Kep., M.Kep., Sp.KMB.
Ns. Marlina Yesni, S.Kep., M.Kep.
Ns. Rumentalia Sulistini S.Kep., M.Kep.
Ns. Siswani Marianna, S.Kep., MSi.
Ns. Suksi Riani, M.Kep.
Nunung iriani M Nur Doa, S.Kep., Ns., M.Kep.
Rahmad Wahyudi, S.Kep., Ns., M.AP., M.Kep.
Retno Ayu Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Tr.Kep
Rita Fitri Yulita, S.Kep., Ners., M.Kep.
Sadar Prihandana, Ns., Sp.Kep.MB.
Sena Wahyu Purwanza, S.Kep., Ners., M.Kep.
Suhendra Agung Wibowo, S.Kep., Ns., M.Kep.
Suryanti, S.Kep., Ners., M.Sc.
Syokumawena, S.Kep., Ns., M.Kes.
Ummu habibah, M.Kep.

Penulis Soal Maternitas:

Prasanti Adriani, S.SiT., S.Kep., Ns., M.Kes.
Ana Ratnawati, S.Kep., Ns., M.Kep.
Dewi Yuliana, S.Kep., Ns., M.Kep.
Dr. Suryani Manurung, S.Kep., Ners., M.Kep., Sp.Mat.
Dr. Tri Lestari Handayani, M.Kep., Sp.Mat.
Mukhoirotin, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Nina Sunarti, M.Kep.
Retty Nirmala Santiasari, S.Kep., Ns., M.Kep.
Sefrina Rukmawati, S.Kep., Ns., M.Kes.
Teresia Retna Puspitadewi, S.Kep., Ns., M.Kes.

Penulis Soal Jiwa:

Sulastri, M.Kep., Sp.Jiwa.
Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns., M.Kep.
Khrisna Wisnusakti, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J.
Ns. Nofrida Saswati, M.Kep.
Ns. Safra Ria Kurniati, M.Kep.
Nurul Mawaddah, S.Kep., Ns., M.Kep.
Rahmi Imelisa, M.Kep., Ns., Sp.Kep.J.

Penulis Soal Gadar:

Diki Ardiansyah, S.Kep., Ners., M.Kep.
Mukhamad Rajin, S.Kep., Ns., M.Kes.
Rachmat Chusnul Choeron, Ns., M.Kep.
Rycco Darmareja, S.Kep., Ners., M.Kep.

Penulis Soal Manajemen:

Ns. Agung Setiyadi, S.Kep., M.S.N., M.M.
Ns. Fithriyani, M.Kep.

Penulis Soal Komunitas, Keluarga dan Gerontik:

Yuniastini, M.Kes.

Adil Candra, S.Kep., Ners., M.Kep.

Dr. Ns. Wirda Hayati, M.Kep, Sp.Kom.

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

Ifa Nofalia, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Rohayati, M.Kep., Sp.Kep.Kom.

Sari Octarina Piko, SKM., M.Kes.

Widyoningsih M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom.

Penulis Soal Anak:

Budiyati, SKp., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An.

Alvi Ratna Yuliana, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dr. Nurul Pujiastuti, S.Kep., Ns., M.Kes.

Lamria Situmeang, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Casman, M.Kep., Sp.Kep.An.

Ns. Mariyam, M.Kep., Sp.Kep.An.

Risa Nurhayati, S.Kep.,Ns., M.Kes.

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

Reviewer KMB:

Mugi Hartoyo, MN

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

I Putu Juni Andika S.Kep.,Ns.,M.Kep

Kristiana Puji Purwandari S.Kp.,M.Kes

Muhammad Ardi, S.Kep., M.Kep., Ns.Sp.Kep.M.B

Novi Malisa, S.Kep.,Ners.,M.Kep

Ns. Elisabeth Wahyu Savitri.M.Kep

Ns. Harmilah., S. Pd. S. Kep. M. Kep. Sp. KMB

Ns. Rumentalia Sulistini S. Kep. M. Kep.

Ns. Yohanes Gamayana T Aji, M.Kep., Sp.Kep.MB

Rahmad Wahyudi, S.Kep.,Ns.,M.AP.,M.Kep

Suryanti, S.Kep.,Ners.,M.Sc

Yanti Cahyati, S.Kep, Ns., M.Kep

Reviewer Maternitas:

Ulty Desmarnita, SKp. MKes. Sp.Mat
Dina Indrati Dyah Sulistyowati, Ns.MKep.Sp.Mat
Dr. Aprina., SKp., M.Kes
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes
Dr. Noer Saudah, S. Kep. Ns. M. Kes
Dr. Ns. Ratna Hidayati, M.Kep. Sp.Mat.
Dr. Sri Handayani,S.Kep,Ns.,M.Kes
Dr. Tri Lestari Handayani, M.Kep.,Sp.Mat.
Eka Riyanti, M.Kep., Sp.Mat
Ns. Titi Astuti,M.Kep., Sp.Mat
Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat

Reviewer Soal Gadar:

Farhandika Putra, Ns., M.Kep.
Mukhamad Rajin, S.Kep. Ns. M.Kes.

Reviewer Jiwa:

Ns. Renta Sianturi, M.Kep., Sp.Kep.J
Nurul Mawaddah, S.Kep.Ns., M.Kep.
Rahmi Imelisa, M.Kep., Ns.Sp.Kep.J.
Sulastri, M.Kep. Sp.Jiwa

Reviewer Manajemen:

Ana Zakiyah.,S.Kep.Ns.,M.Kep
Noor Amaliah, Ns., M. Kep

Reviewer Anak:

Ns. Mariyam, M.Kep.Sp.Kep.An
Novi Enis Rosuliana, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.
Ns. Casman, M.Kep., Sp.Kep.An.
Ns. IGA Dewi Purnamawati, M.Kep., Sp.Kep., An
Ns. Ni Luh Kompyang Sulisnadewi ,M.Kep., Sp.Kep.An.

Reviewer Keluarga, Komunitas dan Gerontik:

Dr. Ns. Moch. Maftuchul Huda, SKp., M.Kep., Sp.Kom.
Hera Hastuti, MKep., Ns.SpKep.Kom
Ns. Dely Maria, M.Kep., Sp.Kep.Kom
Hilda Mazarina Devi S.Kep, Ns, M.Sc
Widyoningsih M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom.
Yuniastini, M.Kes

Reviewer Soal Gadar:

Farhandika Putra, Ns., M.Kep
Mukhamad Rajin, S.Kep. Ns. M.Kes.

Design Cover

Ivan Zumarano

Lay Out

Achmad Faisal

Cetakan Pertama: November 2022

Penerbit

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah, Jakarta Barat

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang
Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
dengan bentuk dan cara apapun tanpa izin tertulis dari
penerbit.

PRAKATA

Uji Kompetensi (UKOM) nasional merupakan alat penyaring untuk mengidentifikasi calon perawat yang memiliki kemampuan memasuki dunia praktik keperawatan dan menjalankan peran mereka secara efektif sebagai perawat yang baru.

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang tenaga kesehatan dan Nomor 38 Tahun 2014 tentang keperawatan, mengamanahkan bahwa setiap tenaga kesehatan termasuk perawat dalam menjalankan tugas profesinya harus memiliki Surat Tanda Registrasi (STR). Syarat untuk memperoleh STR salah satunya harus lulus UKOM yang dibuktikan dengan diperolehnya Sertifikat Kompetensi.

Permendikbud Nomor 20 Tahun 2020 menjelaskan bahwa uji kompetensi merupakan salah satu syarat kelulusan mahasiswa bidang kesehatan dari perguruan tinggi. Maka, mulai tahun 2021 telah diberlakukan metode *Exit Exam* yang mempersyaratkan lulusan perawat dapat diwisuda jika telah lulus ujian kompetensi nasional.

Untuk membekali calon perawat agar lulus dalam menghadapi UKOM, maka disusunlah buku “Sukses UKOM Perawat”. Buku ini berisi soal-soal UKOM keperawatan dan pembahasannya yang telah disesuaikan dengan *blueprint* dan standar Uji Kompetensi Ners Indonesia (UKNI). Soal-soal didalam buku ini disusun oleh dosen-dosen yang ahli dibidangnya dan telah melalui proses tahapan *review* berulang oleh dosen-dosen yang kompeten dan telah diujicobakan.

Buku ini diharapkan dapat memberi panduan atau bimbingan belajar bagi lulusan perawat Diploma maupun Ners dalam persiapan menghadapi Uji Kompetensi *Exit Exam*. Buku ini membekali calon perawat agar familiar ketika menghadapi soal-soal uji kompetensi.

Buku ini diharapkan dapat membantu para pembaca calon perawat untuk mencapai status “Kompeten” sebagai

bekal menjadi perawat profesional dalam menghadapi dunia kerja. Semoga buku ini menjadi salah satu sumber belajar yang tepat bagi pembaca karena menyediakan soal-soal UKOM dan pembahasannya yang disusun oleh dosen-dosen yang kompeten di bidang masing-masing. Selamat berlatih.

Jakarta, September 2022

Penulis

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 Sukses 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

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	vi
SAMBUTAN	viii
DAFTAR ISI.....	ix
Contoh Soal Keperawatan Medikal Bedah.....	1
Pembahasan Soal Keperawatan Medikal Bedah	41
Contoh Soal Maternitas.....	91
Pembahasan Soal Maternitas	101
Contoh Soal Jiwa	115
Pembahasan Soal Jiwa.....	133
Contoh Soal Manajemen.....	165
Pembahasan Soal Manajemen	171
Contoh Soal Anak	177
Pembahasan Soal Anak.....	191
Contoh Soal Komunitas Keluarga Gerontik.....	211
Pembahasan Soal Komunitas Keluarga Gerontik	227
Contoh Soal Gadar.....	253
Pembahasan Soal Gadar.....	263

Contoh Soal

Keperawatan Medikal Bedah

Kesalahan hampir selalu bersifat suci,
jangan pernah mencoba membetulkannya.

Salvador Dali
1904 - 1989

1. Laki-laki, 35 tahun, diagnosis asma, dirawat di RS dengan keluhan sesak dan lemas sejak 3 hari yang lalu. Hasil Pemeriksaan: menunjukkan bunyi napas wheezing, ronkhi di ICS 3 kanan, frekuensi napas 22 x/menit. Saat ini perawat sedang melakukan tindakan postural drainage. Saat perawat melatih napas dalam dan batuk efektif, tiba-tiba pasien mengeluh kelelahan. Apakah tindakan yang tepat pada kasus tersebut?
 - A. Mengatur posisi pasien
 - B. Menghentikan tindakan
 - C. Melapor kepada dokter jaga
 - D. Meminta pasien tetap tenang
 - E. Mengevaluasi frekuensi napas

2. Laki-laki, 58 tahun, diagnosis pneumonia, dirawat di RS sejak 3 hari yang lalu. Pasien mengeluh batuk berdahak, cepat lelah apabila beraktifitas, pusing, mual. Hasil Pemeriksaan: menunjukkan bunyi napas ronkhi, Tekanan Darah 140/90 mmHg, Frekuensi Napas 28x/menit, Frekuensi Nadi 88x/menit, Suhu 37,5°C. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
 - A. Bersihan jalan napas tidak efektif
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Gangguan rasa nyaman
 - D. Intoleransi aktifitas
 - E. Defisit nutrisi

3. Laki-laki, 58 tahun, dirawat di RS dengan stroke non hemoragik sejak 4 hari yang lalu. Hasil Pemeriksaan: menunjukkan kesadaran sopor, Tekanan Darah 130/80 mmHg, Frekuensi Nadi 76x/menit, Frekuensi Napas 12x/menit, Suhu 36,7°C. Saat ini pasien terpasang oksigen masker 8 lt/menit, saturasi oksigen 93%. Perawat curiga terapi oksigen tidak maksimal dan harus melakukan

- pemeriksaan penunjang. Apakah pemeriksaan penunjang yang tepat pada kasus tersebut?
- GCS
 - EKG
 - AGD
 - EEG
 - CT Scan
4. Laki-laki, 53 tahun, diagnosis stroke iskhemik, dirawat di RS dengan penurunan kesadaran sejak 3 hari yang lalu. Saat ini perawat melakukan observasi tingkat kesadaran pasien. Perawat meminta pasien untuk membuka mata namun pasien tidak merespon, kemudian perawat memberikan stimulus nyeri, tampak pasien bergerak menghindari rangsang nyeri. Pasien tidak memberikan respon suara selama pemeriksaan. Bagaimanakah tingkat kesadaran pasien pada kasus tersebut?
- E1V1M1
 - E1V1M4
 - E1V1M5
 - E2V2M2
 - E2V2M3
5. Laki-laki, 40 tahun, dirawat diruang penyakit dalam dengan hepatitis, Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 100/70 mmHg, Frekuensi Nadi 60 x/menit, Suhu 36,8°C, Frekuensi Napas 12 x/menit. respon verbal: suara yang tidak jelas artinya, respon motorik pasien menghindar dari stimulus nyeri, respon membuka mata: buka mata dengan respon nyeri. Berapakan nilai score GCS pasien tersebut?
- 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10

6. Seorang pasien dirawat dengan keluhan demam tinggi sejak 30 menit yang lalu. Hasil Pemeriksaan: pasien tampak lemas, mukosa bibir kering, ptekie +, gusi berdarah, S: 39,5°C. Hasil Pemeriksaan: lab trombosit $68 \times 10^3 / \text{mm}^3$, leukosit 4320/mm³. keluarga mengatakan demam pasien naik turun. Pasien mendapat terapi cairan RL 2000ml/hari faktor tetes 20 x/menit. Berapa jumlah tetesan infus yang diberikan pada pasien tersebut?
- A. 20 tts/menit
 - B. 28 tts/menit
 - C. 38 tts/menit
 - D. 56 tts/menit
 - E. 83 tts/menit
7. Laki-laki, 37 tahun, di rawat diruang penyakit dalam dengan diagnosis anemia. Hasil Pemeriksaan: Hb 6,0 gr/dl, pasien direncanakan untuk tranfusi darah. Perawat telah memasang jalur intravena dan memberikan NaCl 0,9% 60 cc, darah yang sudah disiapkan kemudian dihangatkan. Apakah tindakan selanjutnya yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Mengobservasi pasien
 - B. Memasang darah tranfusi
 - C. Mendokumentasikan data yang relevan
 - D. Mengecek label darah dan mencocokkannya
 - E. Menutup klem yang berada dibawah kantong normal salin
8. Laki-laki, 38 tahun, dengan diagnosis Gagal Ginjal Kronik dirawat diruang penyakit dalam. Hasil Pemeriksaan: berat badan pasien adalah 60 Kg, Tekanan Darah 140/90 mmHg, Frekuensi Napas 19 x/menit, Frekuensi Nadi 86 x/menit, Suhu 36,8°C. Berapakah kebutuhan cairan pasien dalam 24 jam sesuai kasus tersebut?

- A. 1130 ml
 - B. 1255 ml
 - C. 1323 ml
 - D. 1330 ml
 - E. 1750 ml
9. Laki-laki, 60 tahun, dirawat diruang penyakit dalam dengan cedera kepala. Pasien mengalami penurunan kesadaran GCS E1V2M2. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 130/80 mmHg, Frekuensi Napas 20x/menit, Frekuensi Nadi 73 x/menit. Pasien mendapatkan terapi brainact dengan dosis 1x125 mg IV. Sediaan Brainact 500 mg dalam 4 ml. Berapakah ml brainact yang diberikan kepada pasien?
- A. 0,5 ml
 - B. 1 ml
 - C. 1,5 ml
 - D. 2 ml
 - E. 2,5 ml
10. Perempuan, 40 tahun, berobat ke poliklinik dengan keluhan sulit menelan makanan. Hasil Pemeriksaan: membran mukosa pucat(+), sariawan(+), Tekanan Darah 100/90 mmHg, Frekuensi Nadi 100x/menit dan lemah, Frekuensi Napas 20x/menit, Suhu 38°C. Apakah masalah keperawatan utama dari kasus tersebut?
- A. Nyeri akut
 - B. Hipertermi
 - C. Nutrisi kurang
 - D. Perfusi cerebral
 - E. Kekurangan cairan
11. Perempuan, 39 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan BAB cair 10x/hari. Hasil Pemeriksaan: konsistensi BAB cair ada ampas, muntah 5x, mual, urin

sedikit, sakit kepala, turgor kulit tidak elastis, membran mukosa bibir kering, Tekanan Darah 100/60 mmHg, Frekuensi Nadi 110x/menit, Frekuensi Napas 24x/menit, Suhu 37,5°C. Apakah tindakan keperawatan utama dari kasus tersebut?

- A. Hygiene perseorangan
- B. Penggantian cairan
- C. Integritas kulit
- D. Defisit nutrisi
- E. Nyeri akut

12. Perempuan, 47 tahun, di rawat dibangsal interne dengan keluhan utama muntah darah dan feses berwarna hitam. Klien mengeluh pusing. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 100/80 mmHg, Frekuensi Nadi 95x/menit, Frekuensi Napas 20x/menit. Akral dingin dan pucat, conjungtiva anemis. Pengisian kapiler 2 detik. Kadar Hb 9 gr%. Trombosit 200.000/mm³. Apakah masalah keperawatan utama dari kasus tersebut?

- A. Kecemasan
- B. Risiko syok
- C. Risiko perdarahan
- D. Gangguan perfusi jaringan
- E. Kekurangan volume cairan

13. Perempuan, 48 tahun, dirawat di ruang Stroke sudah 2 minggu, mengalami penurunan kesadaran, keluar air liur. Hasil Pemeriksaan: didapatkan kesadaran somnolen, Frekuensi Napas 28 x/menit, Suhu 38°C, tidak mampu mengangkat kaki kanan dan tangan kanan. Apakah data prioritas yang harus dikaji lebih lanjut pada kasus tersebut?

- A. *Capillary refilling*
- B. Reflek menelan
- C. Kekuatan otot

- D. Suara napas
 - E. GCS
14. Perempuan, 46 tahun, dirawat di ruang rawat PPOK dengan keluhan batuk, sulit mengeluarkan dahak, sesak napas. Hasil Pemeriksaan: terdengar suara ronchi, Frekuensi Napas 28 x/menit, Suhu tubuh 38°C, tampak gelisah. Apakah masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Bersihan jalan napas tidak efektif
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Defisit Nutrisi
 - D. Hipertermia
 - E. Anxiety
15. Laki-laki, 57 tahun, dirawat di RS dengan keluhan nyeri saat bernapas disertai batuk berwarna kuning kehijauan sejak 1 hari yang lalu. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 100/70 mmHg, Frekuensi Napas 32x/menit, Frekuensi Nadi 96x/menit, Suhu 39°C. Kulit pasien keseluruhan berwarna abu-abu dan kebiruan disekitar bibir. Apakah intervensi prioritas yang dilakukan perawat pada pasien tersebut?
- A. Tinggikan kepala tempat tidur
 - B. Mulai pemberian oksigen
 - C. Periksa saturasi oksigen
 - D. Ajarkan batuk efektif
 - E. Kaji suara napas
16. Laki-laki, 55 tahun, dirawat di RS dengan keluhan nyeri dada saat bernapas sejak 1 hari yang lalu. Hasil Pemeriksaan: pasien batuk produktif disertai sputum, Tekanan Darah 130/90 mmHg, Frekuensi Nadi 94x/menit, Frekuensi Napas 30x/menit, Suhu 38,3°C. Perawat menggunakan prosedur standar untuk mencegah

- penularan penyakit yang dapat menyebar akibat infeksi droplet. Bagaimanakah sikap perawat pada kasus tersebut?
- A. Memasang sarung tangan sewaktu implementasi
 - B. Mencuci tangan sebelum dan setelah tindakan
 - C. Menggunakan topi agar rambut tidak terurai
 - D. Memakai masker saat melakukan suction
 - E. Mengenakan gown ketika memandikan
17. Perempuan, 50 tahun, dirawat di RS dengan keluhan nyeri dada seperti tertekan benda berat, menyebar ke lengan kiri sejak 1 hari yang lalu. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 110/80 mmHg, Frekuensi Nadi 80x/menit, Frekuensi Napas 30x/menit, Suhu 36,5°C. Pasien diberikan nitroglicerine 0,4 mg untuk meningkatkan vasodilatasi perifer, menurunkan preload dan afterload. Bagaimanakah rute pemberian obat pada kasus tersebut?
- A. Rectal
 - B. Intravena
 - C. Subkutan
 - D. Sublingual
 - E. Intramuskular
18. Laki-laki, 56 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan gangrene di seluruh kaki. Hasil Pemeriksaan: GDS 163 mg/dl, keadaan luka jari kaki kiri digit 2 - 5 sudah nggak ada. Diagnosis medis DM tipe II dengan ulkus diabetic. Berapakah derajat ulkus diabetic pada kasus tersebut?
- A. 1
 - B. 2
 - C. 3
 - D. 4
 - E. 5

19. Laki-laki, 43 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan HIL Post Herniotomi H+3. Hasil Pemeriksaan: didapatkan data luka kemerahan, bengkak, daerah sekitar luka teraba hangat, luka bersih, panjang luka 10 cm, jumlah jahitan luka 10 jahitan. Lekosit: 11.000 gr/dl. Apakah masalah keperawatan yang tepat sesuai kasus tersebut?
- A. Nyeri akut
 - B. Risiko infeksi
 - C. Kurang pengetahuan
 - D. Kerusakan mobilitas fisik
 - E. Kerusakan integritas kulit
20. Laki-laki, 48 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis Stroke non Hemoragik. Hasil Pemeriksaan: kelemahan pada ekstremitas kanan, ada sedikit kontraksi tetapi tidak mampu melawan gravitasi, membuka mata jika ada nyeri, jika ditanya hanya menggumam, jika dirangsang nyeri ada gerakan fleksi. Berapa nilai GCS pada kasus tersebut?
- A. E4V4M4
 - B. E3V3M4
 - C. E2V3M3
 - D. E2V2M3
 - E. E1V2M3
21. Laki-laki, 48 tahun, diagnosis Stroke Hemoragik. Hasil Pengkajian: kelemahan pada ekstremitas kanan, ada sedikit kontraksi tetapi tidak mampu melawan gravitasi, membuka mata jika ada nyeri, jika ditanya hanya menggumam, jika dirangsang nyeri ada gerakan fleksi. Apa tingkat kesadaran pada kasus tersebut?
- A. Koma
 - B. Apatis
 - C. Delirium
 - D. Somnolen
 - E. Compos mentis

22. Perempuan, 38 tahun, dirawat di bangsal bedah dengan terpasang balutan luka di bagian kaki pasien. Perawat melihat balutan luka tampak basah oleh pus dan berbau. Maka perawat bergegas memasang handscoon. Apakah Tindakan yang tepat dilakukan oleh perawat selanjutnya?
- A. Mengkaji kondisi luka
 - B. Menambah balutan luka
 - C. Melepaskan balutan luka
 - D. Membersihkan luka yang dibalut
 - E. Membersihkan kulit sekitar balutan yang basah
23. Laki-laki, 53 tahun, dirawat di ruang bedah dengan keluhan tangan dan kaki kiri terasa lemas. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 140/90 mmHg, Frekuensi Nadi 88x/menit, saat dilakukan penilaian kekuatan otot didapatkan extremitas kiri atas dan bawah bisa mengangkat tetapi langsung jatuh sedangkan pada extremitas kanan atas dan bawah mampu menahan tahanan ringan. Berapakah nilai kekuatan otot pada pasien tersebut ?
- A. $\frac{3}{4}$
3/4
 - B. $\frac{2}{4}$
2/4
 - C. $\frac{2}{3}$
2/3
 - D. $\frac{3}{5}$
3/5
 - E. $\frac{4}{5}$
4/5
24. Laki-laki, 53 tahun, dirawat di RS dengan keluhan batuk berdahak sejak 2 hari yang lalu, susah mengeluarkan dahak, sesak napas, mual, lemas. Hasil Pemeriksaan: suara

napas ronchi, Tekanan Darah 150/100 mmHg, Frekuensi Nadi 80x/menit, Frekuensi Napas 28x/menit, Suhu 38,6°C. Diagnosis tuberculosis paru. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Hipertermia
- B. Defisit nutrisi
- C. Intoleransi aktifitas
- D. Pola napas tidak efektif
- E. Bersihan jalan napas tidak efektif

25. Perempuan, 43 tahun, dirawat di RS dengan keluhan mual sejak 3 hari yang lalu, tidak nafsu makan, lemas, nyeri ulu hati. Hasil Pemeriksaan: terdapat sariawan, bibir kering, Tekanan Darah 150/90 mmHg, Frekuensi Nadi 80x/menit, Frekuensi Napas 20x/menit, Suhu 38,6°C, BB menurun 3 kg sejak sakit. Diagnosis medis hepatitis. Apakah intervensi keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Berikan makanan dalam porsi kecil dan menarik.
- B. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif.
- C. Ajarkan relaksasi napas dalam.
- D. Berikan kompres hangat.
- E. Monitor status hidrasi.

26. Laki-laki, 38 tahun, di rawat di ruang bedah karena luka bakar. Hasil Pemeriksaan: luas luka bakar 27%, luka bakar derajat II, berat badan pasien 55 kg. Berapakah kebutuhan cairan 8 jam pertama pada kasus tersebut?

- A. 5940
- B. 4500
- C. 3600
- D. 2970
- E. 1485

27. Perempuan, 32 tahun, di rawat di ruang bedah dengan luka bakar akibat tersiram air panas. Hasil Pemeriksaan: pasien

mengeluh nyeri, skala nyeri 8, area luka bakar di seluruh dada dan lengan tangan kanan, Tekanan Darah 110/70 mmHg, Frekuensi Nadi 110 x/menit, dan Frekuensi Napas 24 x/menit. Berapa persen luka bakar pada pasien tersebut?

- A. 9 %
- B. 18 %
- C. 27 %
- D. 30 %
- E. 32 %

28. Perempuan, 65 tahun, dirawat diruang penyakit dalam dengan DM Tipe II. Pasien mengeluh merasa lapar, sering buang air kecil, haus, lemas, pandangan kabur, dan kebas pada ekstremitas bawah. Hasil pengukuran berat badan turun dari 55 kg menjadi 47 kg, tinggi badan 165cm, kadar gula darah sewaktu 285 mg/dl dan kulit tampak kering. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan
- B. Ketidakseimbangan Nutrisi lebih dari kebutuhan
- C. Perubahan Persepsi sensori : penglihatan
- D. Perubahan persepsi sensori : perabaan
- E. Gangguan Eliminasi

29. Laki-laki, 67 tahun, dirawat diruang penyakit dalam, dengan diagnosis medis DM Tipe 2. Hasil Pemeriksaan: terdapat luka gangrene pada ekstemitas kiri bawah daerah dorsalis pedis, Tekanan Darah 110/80mmhg, Frekuensi Nadi 85x/menit, Frekuensi Napas: 18x/menit. Perawat melakukan perawatan luka, membuka plester searah dengan tumbuhnya rambut. Apakah tindakan selanjutnya yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?

- A. Meletakkan handuk
- B. Membersihkan luka
- C. Memakai handscoon steril

- D. Membuka handscoon bersih
 - E. Meletakkan perlatik dibawah luka
30. Perempuan, 43 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan demam sejak 1 minggu yang lalu, selalu merasa lapar dan makan lebih banyak dari biasanya, tetapi mengalami penurunan berat badan sebanyak 6.5kg dari bulan lalu. Pada palpasi didapatkan pembesaran kelenjar tiroid. Hasil Lab: T3 35 mg/dl dan T4 15.1mg/dl. Apakah manajemen nutrisi yang paling tepat untuk mengatasi kasus tersebut?
- A. Diet yang mengandung glukosa murni
 - B. Makan makanan selagi hangat
 - C. Makan sedikit tapi sering
 - D. Diet rendah lemak nabati
 - E. Diet tinggi kalori
31. Perempuan, 28 tahun, dirawat di ruang internis dengan diagnosis medis DHF. Hasil Pemeriksaan: pasien mengeluh demam sudah empat hari yang lalu, kepala terasa pusing dan tidak nafsu makan, hasil uji tourniquet hasilnya positif. Pasien tampak lemah, Tekanan Darah 100/70 mmHg, Frekuensi Napas : 20 x/menit, Suhu 38,7°C, Frekuensi Nadi 65 x/menit. Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Anjurkan banyak makan
 - B. Anjurkan banyak istirahat
 - C. Anjurkan untuk banyak minum
 - D. Anjurkan untuk membatasi intake cairan
 - E. Anjurkan untuk tidur tanpa menggunakan bantal
32. Perempuan, 45 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan batuk. Hasil Pemeriksaan: didapatkan batuk disertai dahak, Sputum kental dan sulit dikeluarkan, warna kuning. Pasien juga mengeluh demam, sering

- terbangun karena batuk, cepat lelah dan tidak nafsu makan. Tekanan Darah 110/80 mmHg, Suhu 38,5 ° C, Frekuensi Nadi 75 x/menit, Frekuensi Napas 26 x /menit, suara napas ronchi. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Hipertermi
 - B. Intoleransi aktifitas
 - C. Gangguan pola tidur
 - D. Ketidakefektifan bersihan jalan napas
 - E. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
33. Laki-laki, 35 tahun, dirawat dengan keluhan diare sejak satu bulan yang lalu. Hasil Pemeriksaan: candidiasis, kesadaran kompos mentis, Tekanan Darah 130/80 mmHg, Frekuensi Napas 28 x/menit, Frekuensi Nadi 88 x/menit, Suhu 38,3°C. Pasien akan dilakukan pemeriksaan ELISA HIV AIDS tanpa sepengetahuan pasien. Apakah prinsip etik yang dilanggar pada kasus tersebut?
- A. Justice
 - B. Fidelity
 - C. Veracity
 - D. Autonomy
 - E. Confidentiality
34. Perempuan, 34 tahun, dengan kanker paru akan menjalani operasi namun pasien merasa takut dan cemas, perawat menganjurkan untuk berdiskusi dengan keluarga untuk memutuskan tindakan operasinya. Apakah prinsip etik yang diterapkan oleh perawat?
- A. Justice
 - B. Fidelity
 - C. Autonomy
 - D. Beneficence
 - E. Confidentiality

35. Perempuan, 59 tahun, dirawat di ruang bedah dengan keluhan batuk dan sesak. Hasil pengukuran Tekanan Darah 150/90 mmHg, Frekuensi Nadi 87 x/menit, Frekuensi Napas 32 x/menit, Suhu 36°C. Hasil Pemeriksaan: foto thorak menunjukkan paru infiltrate. Saat ini perawat melakukan pemeriksaan fisik paru pada tahap auskultasi. Apakah hasil pemeriksaan auskultasi pada paru untuk kasus tersebut?
- A. Respiratory rate
 - B. Chyne stokes
 - C. Dipsnea
 - D. Ronchi
 - E. Sesak
36. Perempuan, 46 tahun, di rawat di ruang interna dengan keluhan sesak dan suara mengi Hasil Pemeriksaan: didapatkan Tekanan Darah 130/90 mmhg, Frekuensi Nadi 101 x/menit, Frekuensi Napas 28 x/menit, Suhu 37°C. Perawat akan melakukan tindakan pemasangan oksigen. perawat sudah mengatur flow meter. Apakah tindakan selanjutnya sesuai kasus tersebut?
- A. Observasi
 - B. Mengecek aliran oksigen
 - C. Mengkaji pola dan suara napas,
 - D. Memasangkan ke hidung pasien
 - E. Memposisikan pasien semi fowler
37. Perempuan, 59 tahun, dirawat dengan diagnosis medis kanker laring. Hasil Pemeriksaan: didapatkan terdapat luka tertutup kasa ,pasien mengluh sesak tampak menggunakan masker rebreathing. Batuk dirasakan pasien dan terdapat secret, dan suara ronchi positif di kedua lapang paru hasil pengukuran Tekanan Darah 150/90 mmHg, Frekuensi Nadi 87 x/menit, Frekuensi Napas 32

- x/menit, Suhu 36°C. Apakah masalah keperawatan yang tepat untuk kasus tersebut?
- A. Risiko infeksi
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Gangguan pertukaran gas
 - D. Bersihan jalan napas tidak efektif
 - E. Gangguan integritas kulit atau jaringan
38. Perempuan, 52 tahun, dengan diagnosis medis kanker paru, hari pertama pasca pneumonectomy kiri. Pada saat observasi Tekanan Darah 130/70 mmHg, N 98 x/menit P 22 x /menit, duduk tegak di tempat tidur dengan suara merintih kesakitan dengan memegang dada kiri, skala nyeri 7/10. Wajah pasien terlihat pucat, berkeringat dan akral teraba dingin. Apakah tindakan keperawatan yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Memberikan oksigen 3 L/menit
 - B. Melakukan pemberian terapi analgesic
 - C. Mendengarkan suara napas pada paru kanan
 - D. Melakukan pengecekan warna cairan pada chest tube
 - E. Melakukan inspeksi adanya perdarahan di area insisi
39. Laki-laki, 60 tahun, mengatakan sudah 5 tahun, mengalami Hemoroid. Pasien mengatakan saat ini setiap BAB banyak keluar darah, saat tidak BAB juga ada darah menetes di celana dalam. Pasien tampak pucat dan lemas, pasien mengeluh sekitar dubur terasa nyeri dan gatal serta ada benjolan kecil di sekitar dubur. Hasil Pemeriksaan: laboratorium adalah Hb 9,2 g/dl, RBC 6,29 mm³ HCT 38,4 %, WBC 13,5 /mm³. Apakah prioritas masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Infeksi
 - B. Nyeri Akut
 - C. Perdarahan
 - D. Intoleransi beraktivitas

E. Kerusakan integritas kulit

40. Perempuan, 67 tahun, dirawat di bangsal penyakit dalam. Pasien mengeluh badan lemas, keringat dingin, lapar, mata berkunang - kunang, mengeluh tidak nafsu makan sudah 5 hari yang lalu serta ada keluhan mual dan perut terasa tidak nyaman, pasien cenderung tidur. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 90/65 mmHg. Nadi 89 x/menit, Frekuensi Napas 19 x/menit, Glukosa darah 52 mg/dl. Apakah prioritas hasil yang diharapkan dari proses perawatan pasien tersebut?
- A. Peningkatan tekanan darah
 - B. Memberikan posisi nyaman
 - C. Kesimbangan cairan terpenuhi
 - D. Kesadaran pasien kompos mentis
 - E. Peningkatan kadar glukosa darah sewaktu (GDS)
41. Laki-laki, 38 tahun, diagnosis hepatitis, dirawat di RS dengan keluhan mual sejak 4 hari yang lalu. Pasien mengatakan tidak nafsu makan, lemas. Hasil Pemeriksaan: terdapat sariawan, Tekanan Darah 140/90 mmHg, Frekuensi Nadi 86x/menit, Frekuensi Napas 18x/menit, Suhu 38,5°C, berat badan menurun 2 kg sejak sakit. Apakah evaluasi keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Tingkat nyeri menurun
 - B. Status cairan membaik
 - C. Status nutrisi membaik
 - D. Termoregulasi membaik
 - E. Toleransi aktivitas meningkat
42. Laki-laki, 38 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis post colostomy hari ke 3. Pasien mengeluh tidak nyaman di sekitar luka stoma. Hasil Pemeriksaan: kantung stoma penuh, tidak ada tanda-tanda infeksi sekitar luka stoma.

Saat ini perawat akan melakukan perawatan stoma, alat-alat sudah disiapkan, kantong stoma telah dibuka, *base plate* telah di angkat. Apakah tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?

- A. Mengeringkan kulit sekitar stoma dengan kasa kering
- B. Menutup lubang stoma menggunakan kasa lembab
- C. Membersihkan stoma dan kulit sekitar stoma
- D. Membersihkan jahitan di sekeliling stoma
- E. Menggunting *base plate* sesuai pola

43. Perempuan, 51 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis acute miocard infark hari ke 3. Pasien mengeluh nyeri dada menjalar ke punggung dan tangan kiri. Hasil Pemeriksaan: wajah pasien meringis, mukosa pucat, akral dingin. Saat ini perawat akan melakukan perekaman elektrokardiogram (EKG), manset elektroda ekstrimitas telah terpasang, elektroda dada telah dipasang di ruang interkosta IV tepi sternal kanan. Dimanakan elektroda dada selanjutnya yang harus dipasang pada kasus tersebut?

- A. Ruang interkosta IV tepi sternal kiri
- B. Ruang interkosta V kiri di garis mid aksila
- C. Pertengahan elektroda ke dua dan ke empat
- D. Ruang interkosta V kiri di garis midklavikula
- E. Ruang interkosta V kiri di garis aksila anterior

44. Laki-laki, 56 tahun, masuk IGD dengan keluhan tangan dan kaki kanan terasa lemas sejak 2 hari yang lalu. Hasil Pemeriksaan: klien tampak bingung, pucat, tidak nafsu makan, Tekanan Darah 140/89 mmHg, Frekuensi Nadi 90 x/menit, penilaian kekuatan otot didapatkan ekstremitas kanan bisa diangkat tetapi langsung terjatuh sedangkan ekstremitas kiri mampu menahan tahanan ringan. Apakah masalah keperawatan yang utama pada kasus tersebut?

- A. Cemas
- B. Intoleransi aktifitas

- C. Kurang pengetahuan
 - D. Gangguan mobilitas fisik
 - E. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi
45. Laki-laki, 20 tahun, dirawat di RS dengan keluhan nyeri perut sejak 1 hari yang lalu. Klien mengatakan tidak teratur dalam makan karena sibuk, seorang perokok. Hasil Pemeriksaan: didapatkan keadaan umum klien lemah, mual dan muntah, pucat, Tekanan Darah 120/90 mmHg, Frekuensi Napas 26 x/menit, Frekuensi Nadi 90 x/menit. Apakah pendidikan kesehatan utama yang diberikan pada kasus tersebut ?
- A. Menghindari stres
 - B. Menghindari rokok
 - C. Mengurangi aktifitas
 - D. Mengatur pola makan
 - E. Mengatur pola istirahat
46. Laki-laki, 65 tahun, dirawat di RS mengeluh sesak napas pada malam hari sejak 2 hari yang lalu. Hasil Pemeriksaan: fisik didapatkan keadaan umum klien lemah, terdapat edema pada kedua tungkai, kesadaran composmentis, Tekanan Darah 100/60 mmHg, Frekuensi Nadi 110 x/menit, Frekuensi Napas 22 x/menit, hasil foto thoraks ditemukan adanya bendungan paru. Apakah masalah keperawatan yang utama dari kasus tersebut?
- A. Intoleransi aktifitas
 - B. Gangguan pola napas
 - C. Kelebihan volume cairan
 - D. Penurunan curah jantung
 - E. Gangguan bersihan jalan napas
47. Laki-laki, 45 tahun, dirawat di RS dengan keluhan buang air besar sebanyak 6 kali dan sebelumnya muntah-muntah sejak 8 jam yang lalu. Hasil Pemeriksaan: didapatkan

- kesadaran menurun, Tekanan Darah 80/60 mmHg, Frekuensi Nadi 120 x/menit, Frekuensi Napas 20 x/menit, S 38°C, akral dingin, keringat dingin, pulsasi perifer tidak teraba, turgor jelek. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Hipertermi
 - B. Intoleransi aktifitas
 - C. Penurunan Cardiac output
 - D. Gangguan keseimbangan cairan
 - E. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan
48. Laki-laki, 50 tahun, dirawat di RS, diagnosis pankreatitis akut, mengeluh perut terasa begah, mual, muntah-muntah dan sakit pada seluruh abdomen menjalar ke bagian dada serta punggung belakang. Pasien memiliki riwayat sakit cholelithiasis setahun, yang lalu. Hasil Pemeriksaan: menunjukkan Tekanan Darah 90/70 mmHg, Frekuensi Nadi 108 x/menit, Frekuensi Napas 20x/menit, Suhu 38,8°C, kulit tampak kuning, sklera ikterik, terlihat lemas, muntah hebat 2x isi cair berwarna kehijauan, warna urine seperti teh pekat. Apakah intervensi keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Monitor balance cairan
 - B. Berikan minuman hangat
 - C. Atur posisi pasien semi fowler
 - D. Anjurkan relaksasi napas dalam
 - E. Rencanakan pasien untuk puasa
49. Perempuan, 50 tahun, dirawat di RS, diagnosis ACS. Pasien mengeluh nyeri dada sejak 3 jam yang lalu, terasa seperti tertekan dan terbakar, menjalar ke punggung belakang, skala nyeri 5, tidak hilang dengan istirahat, sesak terasa saat aktifitas ditempat tidur dan cepat lelah jika banyak bergerak. Pasien juga mengatakan cemas dan takut dengan kondisi penyakitnya. Hasil Pemeriksaan: menunjukkan

Tekanan Darah 109/54 mmHg, Frekuensi Nadi 90 x/menit, Frekuensi Napas 22 x/menit, Saturasi Oksigen 98%, terpasang nasal kanul 3 liter/menit. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Ansietas
- B. Nyeri akut
- C. Intoleran aktifitas
- D. Penurunan curah jantung
- E. Perfusi perifer tidak efektif

50. Perempuan, 35 tahun, dibawa ke RS, akibat luka bakar terkena tumpahan minyak panas. Hasil Pemeriksaan: pasien mengalami luka bakar 30%, perawat sedang menghitung kebutuhan cairan dalam 24 jam pertama menggunakan formula Baxter. Berapakah jumlah cairan yang dibutuhkan pasien tersebut?

- A. 1.000 cc
- B. 1.250 cc
- C. 2.500 cc
- D. 5.000 cc
- E. 6.000 cc

51. Perempuan, 48 tahun, dirawat di RS, diagnosis post apendiktomy 6 jam yang lalu. Pasien mengeluh terasa haus dan ingin sekali minum. Perawat akan memastikan bahwa pasien sudah diperbolehkan minum dengan melakukan pengkajian terlebih dahulu. Apakah data focus yang harus dikaji pada kasus tersebut?

- A. Kesadaran
- B. Pernapasan
- C. Bising usus
- D. Kondisi Luka
- E. Tekanan Darah

52. Laki-laki, 48 tahun, dirawat di RS hari ke - 3, diagnosis penyakit jantung koroner (PJK). Pasien mengeluh nyeri dada disertai sesak, bertambah berat saat berjalan ke kamar mandi. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 150/100 mmHg, Frekuensi Nadi 90x/menit, Frekuensi Napas 24x/menit dan hasil EKG sinus rhythm. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Keletihan
 - B. Intoleransi aktivitas
 - C. Hambatan mobilitas fisik
 - D. Gangguan perfusi jaringan
 - E. Ketidakefektifan pola napas
53. Perempuan, 30 tahun, dirawat di RS, diagnosis suspect appendicitis. Pasien mengeluh nyeri perut kanan bawah seperti tusuk-tusuk tertama saat melakukan kegiatan serta mengganggu kualitas tidur pasien, skala nyeri 7. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 140/90 mmHg, Frekuensi Nadi 100 x/menit, frekuensi Napas 26 x/menit dan Suhu 37,5°C. Perawat akan melakukan pemeriksaan lanjutan pada pasien tersebut. Apakah pengkajian fokus selanjutnya pada kasus tersebut?
- A. Auskultasi bising usus
 - B. Observasi status nutrisi
 - C. Pemeriksaan laboratorium
 - D. Palpasi pada titik Mc. Burney
 - E. Observasi tanda-tanda dehidrasi
54. Laki-laki, 45 tahun, dirawat di RS, diagnosis CKD. Pasien mengeluh buang air kecil hanya sedikit, merasa begah dan mengeluh kaki semakin bengkak. Hasil Pemeriksaan: menunjukkan Tekanan Darah 150/90 mmHg, Frekuensi Nadi 88 x/menit, Frekuensi Napas 28 x/menit, Suhu 37°C, edema ekstremitas bawah, intake cairan 1000 cc/24 jam, urin output 100cc/24 jam, BB sebelum sakit 58 Kg. Pasien

- direncanakan hemodialisis. Perawat melakukan pengkajian lanjutan pada pasien tersebut. Apakah pengkajian fokus pada kasus tersebut?
- A. Suara napas tambahan
 - B. Kenaikan berat badan
 - C. Tanda-tanda vital
 - D. Balance cairan
 - E. Derajat edema
55. Laki-laki, 43 tahun, dirawat di RS, diagnosis TB Paru. Pasien mengeluh sesak napas, dan pusing. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 140/80 mmHg, Frekuensi Nadi 100 x/menit, Frekuensi Napas 28 x/menit, Suhu 37,5^o C, tampak sianosis, gelisah, keringat dingin, terdengar ronchi, pH 7,47, PaCO₂ 32 mmHg, PaO₂ 90 mmHg, saturasi oksigen 90%, HCO₃ 22 mEq/dL, BE +3. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Hipertermia
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Gangguan pertukatan gas
 - D. Tidak efektifnya perfusi perifer
 - E. Bersihan jalan napas tidak efektif
56. Perempuan, 56 tahun, dirawat di RS dengan penurunan kesadaran sejak 2 hari yang lalu. Hasil Pemeriksaan: tingkat kesadaran menunjukkan saat diberi rangsang nyeri kedua lengan tampak flexi abnormal, membuka mata dan suara mengerang, pupil anisokor kanan, reflex cahaya lambat. Berapakah nilai GCS pada kasus tersebut?
- A. 5
 - B. 6
 - C. 7
 - D. 8
 - E. 9

57. Perempuan, 35 tahun, dirawat di RS, diagnosis stroke iskemik, mengeluh lemas pada tangan dan kaki sebelah kanan, dan tidak mampu menggerakkan tubuhnya. Perawat melakukan pemeriksaan kekuatan otot dan didapatkan hasil pasien tidak mampu mengangkat lengan dan kaki namun masih menggeser. Berapakah nilai kekuatan otot pada kasus tersebut?
- A. 1
 - B. 2
 - C. 3
 - D. 4
 - E. 5
58. Laki-laki, 45 tahun, dirawat di RS, dengan diagnosis cancer paru stadium lanjut. Pasien mengeluh sesak napas dan batuk produktif. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 140/90 mmHg, Frekuensi Nadi 105 x/menit, Frekuensi Napas 30x/menit, Suhu tubuh 38°C. Pasien tidak dapat mengurus ADL sendiri, sebagian besar waktu di tempat tidur dan kondisi berat. Perawat sedang menilai skor status fungsional pasien berdasarkan *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG). Berapakah skor ECOG pada kasus tersebut?
- A. 0
 - B. 1
 - C. 2
 - D. 3
 - E. 4
59. Perempuan, 68 tahun, di rawat di RS mengeluh sesak napas saat beraktifitas sejak 1 bulan terakhir. Hasil Pemeriksaan: pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 20 tahun yang lalu, mudah lelah, sianosis, distensi vena jugularis, edema ekstremitas, CRT 5 detik. Hasil

- Pemeriksaan: Tekanan Darah 160/100 mmHg, Frekuensi Nadi 98 x/menit, Frekuensi Napas 24x/ menit, Suhu 37°C. Apakah luaran utama keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Status cairan
 - B. Curah jantung
 - C. Perfusi miokard
 - D. Tingkat keletihan
 - E. Toleransi aktivitas
60. Laki-laki, 45 tahun, di rawat di RS dengan keluhan tangan dan kaki kanan sulit digerakan sejak 5 hari yang lalu . Pasien memilik Riwayat hipertensi dan DM sejak 5 tahun,. Hasil Pemeriksaan: terdapat kelumpuhan NVII, NIX, NXII, rentang gerak menurun, Tekanan Darah 140/90 mmHg, Frekuensi Nadi 92 x/menit, Frekuensi Napas 24 x/menit, Suhu 37°C. Pasien mengalami gangguan mobilitas fisik dan memerlukan pengkajian tambahan. Apakah pengkajian yang diperlukan pada kasus tersebut?
- A. Sendi kaku
 - B. Fisik lemah
 - C. Kekuatan otot
 - D. Enggan beraktivitas
 - E. Nyeri saat merubah posisi
61. Laki-laki, 45 tahun, dirawat di RS karena mengalami penurunan kesadaran sejak 1 hari yang lalu. Hasil anamnesis, pasien mengalami kejang disertai mulut berbusa diikuti dengan penurunan kesadaran, muntah proyektil 3x. Hasil Pemeriksaan: kesadaran, pasien buka mata dengan stimulus nyeri, hanya mengeluarkan suara erangan dan terdapat gerakan fleksi abnormal. Bagaimanakah hasil pemerikaan pada kasus tersebut?
- A. E2V2M4
 - B. E1V2M3
 - C. E3V1M3

- D. E2V2M3
- E. E3V1M4

62. Laki-laki, 59 tahun, dirawat di RS sejak 1 minggu yang lalu dengan keluhan tubuh bagian kanan sulit digerakkan, pasien hanya berbaring ditempat tidur dan seluruh kebutuhan sehari-hari dibantu oleh keluarga. Inspeksi wajah pasien sedikit miring ke kanan, kelopak mata pasien tampak tidak simetris antara mata kiri dan kanan. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 140/80 mmHg, Frekuensi Nadi 86x /menit, Frekuensi Napas 22x/menit, Suhu 37,3°C. Pasien berisiko mengalami luka tekan. Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Mobilisasi miring kanan-miring kiri tiap 2 jam
 - B. Ajarkan latihan rentang gerak aktif dan pasif
 - C. Berikan diet tinggi kalori tinggi protein
 - D. Atur posisi head up 30 derajat
 - E. Lakukan perawatan diri
63. Laki-laki, 24 tahun, dirawat di RS dengan keluhan sesak napas dan rasa berat di dada sejak 2 hari yang lalu. Hasil Pemeriksaan: pasien sesekali batuk dan tampak kelelahan. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 110/80 mmHg, Frekuensi Nadi 88 x/menit, Frekuensi Napas 28 x/menit, Suhu 37,9°C. Pemeriksaan radiologi menunjukkan frenicocostalis tampak tumpul dan diafragma kelihatan meninggi. Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Tirah baring
 - B. Observasi
 - C. Ajarkan batuk efektif
 - D. Relaksasi napas dalam
 - E. Beri kompres hangat

64. Laki-laki, 55 tahun, dirawat di RS dengan keluhan sesak napas disertai pusing sejak 3 hari yang lalu. Hasil anamnesis pasien memiliki riwayat bronkitis kronik dan emfisema sejak 15 tahun, yang lalu, riwayat merokok 1 bungkus perhari. Hasil Pemeriksaan: pasien tampak gelisah, berkeringat, dan pucat. Frekuensi pernapasan 29 x/ menit dan terdengar mengi. Pemeriksaan laboratorium didapatkan nilai pH 7,30, PaCO₂ 49 mmHg, PaO₂ 85 mmHg, HCO₃⁻ 22 mEq/L, dan saturasi O₂ 97%. Apakah interpretasi hasil AGD pada pasien tersebut?
- A. Alkalosis metabolik
 - B. Alkalosis respiratorik
 - C. Asidosis metabolik
 - D. Asidosis respiratorik
 - E. Asidosis metabolik terkompensasi
65. Laki-laki, 50 tahun, dirawat di RS dengan keluhan sesak napas sejak 3 hari yang lalu. Pasien merasa cepat lelah dan sesak bertambah ketika berjalan ke kamar mandi. Hasil Pemeriksaan: pasien pucat, Tekanan Darah 140/90 mmHg, Frekuensi Nadi 105 x/ menit, Frekuensi Napas 29 x/ menit, urine 40 cc/ jam, dan gambaran EKG ST depresi pada lead V3 dan V4. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Intoleransi aktifitas
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Kelebihan volume cairan
 - D. Gangguan eliminasi urin
 - E. Gangguan perfusi jaringan
66. Laki-laki, 55 tahun, dirawat di ruang penyakit paru dengan pneumonia. Pasien mengeluh sesak napas. Hasil Pemeriksaan: pasien terlihat menggunakan otot bantu pernapasan, suara napas ronkhi pada paru kanan dan kiri, serta ireguler. Perawat telah melakukan nebulasi dengan

menggunakan ekspektoran, namun mukusnya masih sulit dikeluarkan. Saat ini terpasang oksigen nasal 3 liter/menit. Apakah tindakan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Mengauskultasi paru
- B. Mengajarkan batuk efektif
- C. Melakukan fisioterapi dada
- D. Mengatur posisi semi fowler
- E. Menganjurkan tarik napas dalam

67. Laki-laki, 43 tahun, di rawat di ruang penyakit dalam dengan CKD. Pasien mengeluh sesak, mual, dan muntah. Hasil Pemeriksaan: terdapat edema ekstremitas dan periorbital, produksi urine 151 cc/ 24 jam, Tekanan Darah 145/90 mmHg, Frekuensi Nadi 100 x/menit, Frekuensi Napas 26 x/menit, Suhu 37°C, Hb 7,8 mg/dl, ureum 120 mg/dl, kreatinin 5,8 mg/dl. Saat ini, pasien diintervensi berupa pembatasan cairan dan kolaborasi tindakan hemodialisis. Apakah kriteria hasil yang diharapkan pada kasus tersebut?

- A. Nilai albumin normal
- B. Urin output meningkat
- C. Hemoglobin meningkat
- D. Tekanan darah meningkat
- E. Edema berkurang/ hilang

68. Laki-laki, 30 tahun, datang ke RS dengan keluhan sering buang air kecil dan merasakan ada desakan ingin berkemih. Pasien memiliki riwayat sering menahan kencing dan merasa kegiatan terganggu dengan keluhan yang dialami. Hasil Pemeriksaan: pasien sering terbangun pada malam hari lebih dari 3x untuk buang air kecil, urin menetes, kadang mengompol, terdapat distensi kandung kemih. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 110/80 mmHg, Frekuensi Nadi 92x/menit, Frekuensi Napas 20x/menit,

- Suhu 37,8°C. Apakah masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- A. Ansietas
 - B. Hipertermi
 - C. Intoleransi aktifitas
 - D. Gangguan pola tidur
 - E. Gangguan eliminasi urine
69. Laki-laki, 54 tahun, dirawat di RS dengan keluhan batuk berlendir sejak 3 bulan yang lalu disertai sesak. Hasil Pemeriksaan: keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, pucat, sputum berlebih, pasien pucat, tampak sesak, pasien terlihat tidak mampu batuk, auskultasi terdapat ronchi pada kiri/kanan paru daerah apeks. Pemeriksaan Tekanan Darah 120/70 mmHg, Frekuensi Nadi 92x/menit, Frekuensi Napas 24x/menit, Suhu 37,5°C. Indeks masa tubuh 18 kg/m². Apakah diagnosis keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Defisit nutrisi
 - B. Intoleransi aktifitas
 - C. Pola napas tidak efektif
 - D. Gangguan pertukaran gas
 - E. Bersihan jalan napas tidak efektif
70. Di ruang ICU sebuah RS dilaporkan selama dua bulan terakhir telah dirawat 40 pasien gagal napas yang terpasang ventilator dengan berbagai diagnosis yang berbeda. Hasil temuan perawat Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI) menunjukkan terdapat 25 pasien yang mengalami *ventilator associated pneumonia* (VAP). Perawat PPI akan menganalisa faktor-faktor yang menyebabkan VAP. Apakah peran perawat dalam kegiatan tersebut?
- A. Leader
 - B. Manager

- C. Edukator
- D. Researcher
- E. Kolaborator

71. Laki-laki, 52 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam sebuah RS. Pasien memiliki riwayat batuk selama 3 bulan. Pasien mengeluh sesak napas, batuk-batuk yang mengeluarkan sputum dan darah yang berbuih. Hasil Pemeriksaan: rontgen menunjukkan suspek Tuberculosis paru kiri. Hasil Pemeriksaan: BTA sputum menunjukkan hasil positif. Apakah jenis penyakit Tuberculosis yang dialami oleh pasien tersebut?
- A. TB Paru BTA Positif
 - B. TB Ekstra Paru kanan
 - C. TB Ekstra Paru kiri
 - D. TB Ekstra Ringan
 - E. TB Ekstra Berat
72. Laki-laki, 60 tahun, dirawat di ruang ICU dengan diagnosis COPD. Pasien mengalami gagal napas dan dipasang ventilator. Pasien mengalami *ventilator associated pneumonia* (VAP) yang seharusnya dapat dicegah dengan tindakan non farmakologi VAP *Bundle Care Program*. Apakah komponen VAP *Bundle Care Program* yang belum diterapkan perawat sehingga pasien mengalami VAP?
- A. Head of bed
 - B. Hand hygiene
 - C. Personal hygiene
 - D. Tracheostomi dini
 - E. Suction dengan close suction
73. Perempuan, 58 tahun, dirawat di bangsal penyakit saraf dengan diagnosis stroke. Hasil Pemeriksaan: ditemukan pasien mengalami hemiplegi pada tubuh sebelah kiri, tonus dan kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah

- sebelah kiri 2. Apakah intervensi keperawatan untuk pasien tersebut?
- A. Melatih pasien untuk alih posisi
 - B. Melatih pasien untuk ROM aktif
 - C. Melatih pasien untuk ROM pasif
 - D. Mengatur posisi pasien dengan kepala ditinggikan
 - E. Memasang bantalan pasir untuk mencegah fleksi plantar
74. Laki-laki, 30 tahun, dirawat di unit luka bakar terkena tumpahan minyak goreng panas di bagian perut, alat kelamin, dan kedua paha sampai lutut. Menggunakan *rules of nine*. Berapakah luas luka bakar pasien tersebut?
- A. 27%
 - B. 28%
 - C. 37%
 - D. 46%
 - E. 55%
75. Laki-laki, 30 tahun, dirawat di unit luka bakar terkena tumpahan minyak goreng panas di bagian perut, alat kelamin, dan kedua paha sampai lutut. Berdasarkan penghitungan *rules of nine* luas luka bakar pasien adalah 28%. Menggunakan rumus Baxter. Berapakah jumlah cairan yang diperlukan untuk resusitasi 8 jam pertama pada pasien?
- A. 2.700 ml
 - B. 2.800 ml
 - C. 3.700 ml
 - D. 4.600 ml
 - E. 5.500 ml
76. Seorang laki- laki, 50 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis medis stroke non hemoragik. Pasien mengalami penurunan kesadaran. Hasil Pemeriksaan: GCS diperoleh

data: respon membuka mata dengan rangsangan nyeri, respon verbal pasien bingung disorientasi waktu, tempat dan orang, refleks motorik dengan rangsangan nyeri fleksi abnormal. Berapakah nilai GCS untuk pasien tersebut ?

- A. 7
- B. 8
- C. 9
- D. 10
- E. 11

77. Laki-laki, 55 tahun, dirawat dibangsal penyakit dalam mengeluh badan bengkak. Hasil Pemeriksaan: didapatkan Tekanan Darah 170/90 mmHg, HR: 78 x/menit, T: 37⁰C, RR: 20 x/menit, dan edema anasarka. Hasil Pemeriksaan: laboratorium didapatkan peningkatan kreatinin serum, Hb: 7 gr/dL, dan penurunan GFR. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Anemia
- B. Gangguan pola napas
- C. Penurunan curah jantung
- D. Defisit volume cairan dan elektrolit
- E. Kelebihan volume cairan dan elektrolit

78. Seorang laki-laki, 56 tahun, sedang menjalani hemodialisis di sebuah RS. Di tengah-tengah proses dialysis pasien minta makan steak dan minum jus semangka, pasien mengetahui bahwa jus semangka tinggi akan kadar kalium. Apakah yang seharusnya perawat lakukan?

- A. Memanggil ahli gizi
- B. Melaporkan kepada dokter jaga, dokter penanggung jawab pasien dan koordinator perawat
- C. Menakut-nakuti pasien dengan mengatakan bahwa makanan tersebut tinggi kalium dan elektrolit yang dapat membahayakan kondisi kesehatannya

- D. Melarang pasien makan makanan tersebut karena pasien sakit gagal ginjal dan menakut-nakuti pasien jika makan makanan tersebut pasien bisa mati
 - E. Melakukan sesuai SOP saat pasien cuci darah yaitu memperbolehkan pasien makan makanan tersebut karena sedang cuci darah dan memberikan edukasi tentang diet pasien gagal ginjal kronik
79. Seorang pasien Perempuan, umur 60 tahun, dibawa ke IGD sebuah RS setelah mengalami luka bakar 75%. Pasien diprogramkan menjalani hemodialisis cito. Keluarga menolak karena tidak memiliki uang. Apakah yang seharusnya dilakukan perawat?
- A. Memanggil security
 - B. Meminta keluarga membawa ke RS lain saja
 - C. Tidak melakukan tindakan apapun kepada pasien
 - D. Meminta keluarga pasien membayar biaya pemeriksaan
 - E. Menanyakan kepemilikan BPJS dan memberikan alternatif pembiayaan yang lain serta memfasilitasi konsultasi dengan dokter untuk menjelaskan kondisi pasien
80. Laki-laki, 65 tahun, datang ke poli urologi dengan keluhan nyeri saat BAK sudah hampir satu minggu ini, urin sulit keluar dan terasa anyang-anyangen. Pasien mengerang kesakitan, dan wajah tampak meringis. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan nyeri tekan area pubis dan distensi buli-buli, skala nyeri 8 dari 10, Tekanan Darah 140/100 mmHg, Frekuensi Nadi 100 x/ menit, Frekuensi Napas 24 x/ menit, dan S: 36,7°C. Dokter mendiagnosis *benign prostate hypertrophy* (BPH). Apakah diagnosis keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- A. Inkontinensia Urin
 - B. Risiko infeksi

- C. Nyeri kronis
 - D. Retensi urin
 - E. Nyeri akut
81. Perempuan, 50 tahun, dirawat dibangsal penyakit dalam akibat mengalami penurunan kesadaran. Pada saat pemeriksaan fisik, perawat meminta pasien untuk membuka mata dengan meyentuh bahu pasien. Pasien tidak memberikan respon. Apakah yang harus dilakukan perawat selanjutnya untuk mengetahui respon membuka mata pasien?
- A. Memberikan rangsang nyeri
 - B. Menganti urutan pemeriksaan
 - C. Menganjurkan pasien membuka mata
 - D. Meminta pasien untuk membuka mata
 - E. Memerintahkan mengangkat ekstremitas atas/bawah
82. Laki-laki, 48 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan sesak napas. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 120/70 mmHg, Frekuensi Nadi 84 x/menit, Frekuensi Napas 32 x/menit, hasil auskultasi terdapat ronchi, AGD pH 7,47, pCO₂ 48 mmHg. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada pasien tersebut?
- A. Bersihan jalan napas tidak efektif
 - B. Gangguan ventilasi spontan
 - C. Gangguan pertukaran gas
 - D. Pola napas tidak efektif
 - E. Risiko Syok
83. Seorang laki-laki, 22 tahun, di rawat di ruang bedah dengan keluhan nyeri pada perut kanan bawah, muntah, dan demam. Nyeri dirasakan terus menerus dengan skala nyeri 8, klien juga tidak nafsu makan. Dari Hasil Pemeriksaan: nyeri tekan pada titik Mc.Burney, dan tanda Rovsing (+). Dokter mendiagnosis apendicitis akut dan

- harus segera dilakukan pembedahan. Apakah masalah keperawatan utama yang paling tepat dialami oleh pasien?
- A. Risiko kurang volume cairan
 - B. Ketidakseimbangan nutrisi
 - C. Risiko infeksi
 - D. Hipertermi
 - E. Nyeri akut
84. Perempuan, 52 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam karena mengeluh nyeri dada. Nyeri dirasakan seperti tertekan benda berat, nyeri dirasakan pada area dada kiri, nyeri berkurang dengan istirahat dan bertambah dengan aktifitas, skala nyeri 5. Perawat akan melakukan tindakan perekaman EKG pada pasien. Perawat telah memasang sandapan di V1. Dimanakah lokasi pemasangan elektroda tersebut?
- A. Sela iga ke 5 garis sentral kiri
 - B. Sela iga ke 4 garis sentral kiri
 - C. Sela iga ke 4 garis sentral kanan
 - D. Sela iga ke 2 garis sentral kanan
 - E. Sela iga ke 5 garis mid klafikula
85. Laki-laki, 48 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis PPOK. Hasil Pemeriksaan: pasien tampak sesak, Tekanan Darah 110/70 mmHg, Frekuensi Napas 28 x/menit, Frekuensi Nadi 100 x/menit, tampak retraksi dada, dan tampak penggunaan otot-otot pernapasan. Hasil Pemeriksaan: AGD didapatkan nilai pH 7,30 ; PaCO₂ 58 mmHg ; PO₂ 80 mmHg ; HCO₃ 24 mEq/L. Apakah interpretasi AGD pada pasien tersebut ?
- A. Alkalosis terkompensasi
 - B. Alkalosis Respiratori
 - C. Asidosis Respiratori
 - D. Alkalosis Metabolik
 - E. Asidosis Metabolik

86. Laki-laki, 58 tahun, dirawat dengan Hipertensi Grade III, mengeluh nyeri dada kiri sampai tembus ke punggung seperti diremas, dengan durasi \pm 10 menit. Hasil Pemeriksaan: fisik didapatkan sesak napas. Tekanan Darah 160/100 mmHg, Frekuensi Nadi 90 x/menit cepat dan dalam, Frekuensi Napas 27x/menit. Apa pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Echocardiografi
 - B. Elektrolit darah
 - C. Enzim jantung
 - D. Rontgen dada
 - E. EKG
87. Perempuan, 66 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis Gagal Jantung. Klien mengeluh sesak napas. Hasil Pemeriksaan: fisik: keringat dingin, edema tungkai, dan batuk berdahak. Tekanan Darah 110/50 mmHg, Frekuensi Nadi 60 x/menit, Frekuensi Napas 24x/menit. Hasil echocardiografi didapatkan *ejection fraction* 25% dan X-ray efusi pleura minimal. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Perfusi jaringan tidak efektif
 - B. Penurunan curah jantung
 - C. Kelebihan volume cairan
 - D. Gangguan pola napas
 - E. Bersihan jalan napas
88. Laki-laki, 65 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan CHF dengan edema pulmo. Klien mengeluh susah bernapas, tidur dengan posisi duduk, dan merasa lelah. Hasil Pemeriksaan: fisik: edema pada kedua tungkai +3 dan asites. Perawat melakukan kolaborasi dengan memberikan terapi diuretik. Apa bentuk evaluasi tindakan pada kasus tersebut?

- A. Mengukur output urin
 - B. Mengukur balance cairan
 - C. Memonitor status pernapasan
 - D. Melakukan pemeriksaan urinalisis
 - E. Menganjurkan pasien membatasi aktivitas
89. Laki-laki, 71 tahun, dirawat dengan Gagal Jantung NYHA III. Klien mengeluh sulit beraktivitas karena napas ngos-ngosan jika bergerak. Semua aktivitas tidak dapat dilakukan secara mandiri. Hasil Pemeriksaan: tanda vital: Tekanan Darah 130/90 mmHg, Frekuensi Nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit. Setelah beraktivitas terjadi peningkatan Frekuensi Nadi 110x/menit dan pernapasan 28x/menit. Apa intervensi yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Terapi aktivitas
 - B. Manajemen energi
 - C. Perawatan jantung
 - D. Rehabilitasi jantung
 - E. Perawatan jantung: rehabilitasi
90. Laki-laki, 56 tahun, dirawat dengan NSTEMI. Klien saat ini mengeluh nyeri dada menjalar ke lengan kiri dengan skala 5. Hasil kateterisasi jantung didapatkan adanya sumbatan 87% di *Right Coronary Artery* dan 90% di *Left Circumflex*. Pasien direncanakan tindakan intervensi pemasangan stent untuk menangani sumbatan tersebut. Apa persiapan yang perlu dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Pemeriksaan darah lengkap
 - B. Makan dan minum biasa tanpa ada pantangan
 - C. Melakukan persetujuan tindakan (*informed consent*)
 - D. Mendapat penjelasan tentang prosedur diagnostic kateterisasi jantung
 - E. Puasa selama 12 jam sebelum tindakan dilakukan, minum obat seperti biasa

91. Perempuan, 56 tahun, datang ke RS dengan keluhan sesak napas, dada berdebar-debar, cepat lelah. Hasil Pemeriksaan: fisik didapatkan Tekanan Darah 90/60 mmHg, Frekuensi Nadi 108 x/menit, S 37°C, RR 24 x/menit, *capillary refill time* 4 detik, ekstremitas tampak pucat dan teraba dingin, terdapat bunyi *rales*, edema tungkai, dan *distensi vena jugularis*. Apakah masalah keperawatan utama dari kasus tersebut?
- Intoleransi aktivitas
 - Gangguan pola napas
 - Kelebihan volume cairan
 - Penurunan curah jantung
 - Gangguan perfusi jaringan perifer
92. Perempuan, 45 tahun, di rawat ruang penyakit dalam dengan keluhan lemah sesak napas pada malam hari, penambahan berat badan dengan cepat, pasien tampak edema pada ekstremitas bawah dan abdomen, tidur hanya 4-5 jam/hari, kulitnya tampak pucat, kulit gatal, mual, sakit kepala. Tekanan Darah 160/100 mmHg, RR 30x/i, Frekuensi Nadi 85X/Menit Suhu 38, sudah 2 minggu tidak hemodialisis. Apakah masalah keperawatan utama dari kasus tersebut?
- Gangguan pola tidur
 - Gangguan pola makan
 - Kelebihan volume cairan
 - Gangguan pola eliminasi
 - Gangguan rasa nyaman nyeri kepala
93. Laki-laki, 40 tahun, datang keRS dengan keluhan tidak mampu berbicara, sulit mengeluarkan kata-kata. Anggota gerak sebelah kanan lebih lemah. memiliki riwayat hipertensi, Tanda vital RR : 20x/menit, Tekanan Darah 160/90 mmHg, denyut Frekuensi Nadi 90 x/menit, Suhu 36,6. kekuatan otot 1111/5555 (ekstremitas atas) 1111/5555

- (ekstremitas bawah kesadaran somnolen GCS : E₄M₆V_{afasia}.
Apakah masalah keperawatan utama dari kasus tersebut?
- A. Nyeri akut
 - B. Risiko jatuh
 - C. Gangguan mobilitas fisik
 - D. Kerusakan komunikasi verbal
 - E. Ketidak efektifan perfusi jaringan serebral
94. Laki-laki, 50 tahun, di ruang penyakit dalam dengan keluhan sesak napas dan keringat dingin. Hasil Pemeriksaan: *vokal fremitus -/-*, lapang paru kanan dan kiri menurun, perkusi redup, suara paru *rales*, Tekanan Darah 110/70 mmHg, Frekuensi Nadi 110x/menit, Frekuensi Napas 30x/menit, dan SPO₂ 80%. Hasil rontgen edema paru. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Bersihkan jalan napas tidak efektif
 - B. Penurunan kardiak output
 - C. Gangguan pertukaran gas
 - D. Pola napas tidak efektif
 - E. Intoleransi aktivitas
95. Laki-laki, 57 tahun, di ruangan bedah dengan diagnosis BPH, terpasang kateter urin sudah 7 hari, dan direncanakan untuk off kateter, perawat akan menilai fungsi kandung kemihnya. Apakah tindakan keperawatan yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Merawat kateter
 - B. Melatih *kegel exercise*
 - C. Mengobservasi *urine output*
 - D. Melakukan kompres hangat
 - E. Mengajarkan *bladder training*

Pembahasan Soal Keperawatan Medikal Bedah

Anggota badan yang paling mulia adalah otak.

Abu Yusuf Yaqub Ibn As Ishaq As Sabbah Al-Kindi
801 – 873 M

1. Jawaban: B. Menghentikan tindakan

Kata kunci: Saat perawat melatih napas dalam dan batuk efektif, tiba-tiba pasien mengeluh kelelahan.

Pembahasan: Tindakan postural drainage, latihan napas dalam batuk efektif membutuhkan banyak energi. Kondisi yang dialami pasien disebabkan karena pasien tidak toleran terhadap tindakan yang diberikan oleh perawat. Oleh karena itu implementasi pertama kali yang harus dilakukan adalah menghentikan tindakan selanjutnya mengecek tanda-tanda vital dan memberikan oksigen bila diperlukan. Tindakan dapat dilanjutkan setelah kondisi pasien stabil.

Referensi: Brunner & Suddarth, (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2. Jakarta EGC

2. Jawaban: A. Bersihan jalan napas tidak efektif

Kata kunci: batuk berdahak, ronkhi, Frekuensi Napas 28 x/menit

Pembahasan: Penegakan masalah keperawatan diambil dari data tanda dan gejala yang dialami oleh pasien. Pada kasus terlihat secara umum pasien mengalami gangguan pernapasan dengan data batuk berdahak, ronkhi, Frekuensi Napas 28 x/menit. Merujuk pada data-data tersebut maka masalah keperawatan utama pasien adalah bersihan jalan napas tidak efektif

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI

3. Jawaban: C. AGD

Kata kunci: pasien terpasang oksigen masker 8 lt/menit, saturasi oksigen 93%

Pembahasan: Ketika pasien sudah diberikan terapi oksigen masker, kemudian hasil saturasi oksigen tidak maksimal, maka cenderung mengarah ke gagal napas atau gangguan metabolik, sehingga perlu dicek dengan AGD

Referensi:

1. Setyopranoto, I. (2011). Stroke: Gejala dan penatalaksanaan, CKD Vol 38(4) 247-250
2. Perdossi (2013). Tatalaksana terkini stroke

4. Jawaban: B. E1V1M4

Kata kunci: GCS, Stroke iskemik, tingkat kesadaran

Pembahasan: Nilai GCS pasien adalah: **E1** karena pasien tidak berespon membuka mata terhadap panggilan dan nyeri, **V1** karena pasien tidak berespon suara terhadap nyeri dan **M4** karena pasien bergerak menghindari rangsang nyeri.

Referensi: Mawuntu, A.H.P. (2019). Meninjau kembali Glasgow Coma Scale: Masihkah relevan? *Neurona*, Vol. 36(3) 23-27

5. Jawaban: C. 8

Kata kunci: GCS

Pembahasan:

Respon verbal: Suara berupa erangan: 2

Respon motorik: Pasien menghindar dari stimulus nyeri : 4

Respon membuka mata: buka mata dengan respon nyeri: 2

Sehingga skor gcs pasien adalah 8

Referensi: Jain S, Iverson LM. Glasgow Coma Scale. [Updated 2021 Jun 20]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513298/>

6. **Jawaban: B. 28 tts/menit**

Kata kunci: Tetesan infus, deam berdarah

Pembahasan: Rumus yang digunakan untuk menghitung cairan adalah, jumlah cairan yang diberikan x faktor tetes (20 tpm tergantung jenis alat yang dipakai) / 24 jam x 60 menit hasilnya adalah dengan satuan tetes permenit.

Referensi: Penuntun Praktikum Basic Skill Training Keterampilan Dasar Kebidanan (KDK) 1 Jilid 3. (2021). (n.p.): Media Sains Indonesia.

7. **Jawaban: D. Mengecek label darah dan mencocokkannya**

Kata kunci: Tranfusi darah, anemia

Pembahasan: Transfusi darah adalah memasukkan komponen sel darah kedalam tubuh melalui vena. Transfusi darah dapat menimbulkan reaksi alergi (hipersensitifitas) dan komplikasi anafilaksis pada tubuh yang sangat berbahaya bagi pasien, oleh karena itu sangat penting memperhatikan prinsip-prinsip pemberian transfusi untuk keamanan pasien. Mengecek label dan mencocokkannya merupakan prosedur persiapan pemberian transfusi sebelum darah ditransfusikan pada pasien

Referensi: Penuntun Praktikum Basic Skill Training Keterampilan Dasar Kebidanan (KDK) 1 Jilid 3. (2021). (n.p.): Media Sains Indonesia.

8. Jawaban: D. 1330 ml**Kata kunci: Kebutuhan cairan, Gagal ginjal kronik**

Pembahasan: Kebutuhan cairan harus kita perhatikan umur, berat badan, Suhu pasien. Penghitungan kebutuhan cairan orang dewasa kita pakai dari kemenkes untuk konstanta (berdasarkan umur dengan angka ketetapan sebagai berikut).

16-30 th : 40 ml/kg Bb

31-55 th : 35 ml/kg Bb

55-75 th : 30 ml/kg Bb

>75 th : 25 ml/kg Bb

38 tahun, → (31-55) maka tinggal kalikan berat badan kali 35

$38 \times 35 = 1330 \text{ ml}$

Referensi: Rahayu S, Harnanto AM. 2016. Praktikum kebutuhan dasar manumur 2. Jakarta : Pusdik SDM Kesehatan Badan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manumur kesehatan

9. Jawaban: D. 2 ml**Kata kunci: Kebutuhan cairan, cedera kepala, dosis obat**

Pembahasan: Jumlah obat yang diberikan = dosis order/dosis tersedia kali sediaan

Data fokus: dosis order 125 mg

Dosis tersedia : 500 mg

Sediaan : 4 ml

Jumlah obat yang diberikan : (dosis order/dosis tersedia) x sediaan

$= (125/500) \times 4$

$= 0,25 \times 4$

$= 1 \text{ ml}$

Referensi: Boyer, M. J. (2019). Math for Nurses: A Pocket Guide to Dosage Calculation and Drug Preparation. United Kingdom: Lippincott Williams & Wilkins.

10. Jawaban: B. Hipertermi
Kata kunci: Suhu 38°C

Pembahasan: Klien mengalami sakit menelan dan Suhu 38°C

Referensi: PPNI (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1. Dewan Pengurus Pusat : PPNI

11. Jawaban: B. Penggantian cairan
Kata kunci: BAB cair 10 kali Turgor kulit menurun, volume urin menurun

Pembahasan: Tanda mayor yang harus ada Frekuensi Nadi lemah dan meningkat, **TEKANAN DARAH** menurun, turgor kulit menurun, urin sedikit, mukosa kering.

Referensi:

- 1) Kardiyudiani, Ni. (2019). Keperawatan Medikal Bedah 1. Yogyakarta : Pustaka Baru
- 2) PPNI (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1. Dewan Pengurus Pusat : PPNI

12. Jawaban: B. Risiko syok
Kata kunci: Muntah darah dan feses berwarna hitam

Pembahasan: Banyaknya darah yang keluar berisiko mengalami ketidak cukupan aliran darah ke jaringan tubuh mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.

Referensi:

1. Kardiyudiani, Ni. (2019). Keperawatan Medikal Bedah 1. Yogyakarta : Pustaka Baru
2. PPNI (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1. Dewan Pengurus Pusat : PPNI

13. Jawaban: D. Suara napas

Kata kunci: Stroke sudah dirawat 2 minggu

Pembahasan: Pilihan yang tepat suara napas. Pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran berisiko stasis pulmoner akibatnya rentan terjadi infeksi saluran napas. Tanda infeksi saluran napas adanya peningkatan Frekuensi Napas, peningkatan Suhu tubuh, dan suara napas tambahan, untuk itu pentingnya dikaji suara napas

Referensi: Smeltzer, SC & Bare, B.G, *Brunner and Sudhart's: Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Jakarta, Penerbit EGC 2010

14. Jawaban: A. Bersihan jalan napas tidak efektif

Kata kunci: Oksigenasi

Pembahasan: Pilihan yang tepat bersihan jalan napas tidak efektif. Keluhan Batuk, terdengar suara ronchi, peningkatan frekuensi jalan napas merupakan tanda dan gejala bersihan jalan napas tidak efektif.

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

15. Jawaban: B. Mulai pemberian oksigen

Kata kunci: Intervensi sesak napas, terapi oksigen

Pembahasan: Pneumonia yang parah umumnya kesulitan bernapas, Tekanan Darah rendah, Suhu tubuh $>39^{\circ}\text{C}$ dan kebingungan. Warna kulit abu-abu merata dan warna kebiruan pada bibir mengindikasikan hipoksemia. Oksigen tambahan merupakan prioritas tertinggi, prioritas kedua tinggikan kepala tempat tidur.

Referensi: LeMone P; Burke, K.M; Bauldoff, G. (2016). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: EGC

16. **Jawaban: D. Memakai masker saat melakukan suction**
Kata kunci: Universal precaution, pencegahan penularan TBC

Pembahasan: Penggunaan masker adalah pencegahan sekunder untuk pasien infeksi droplet

Referensi: LeMone P; Burke, K.M; Bauldoff, G. (2016). Buku ajar keperawatan medikal bedah. Jakarta: EGC

17. **Jawaban: D. Sublingual**
Kata kunci: Nyeri dada, obat vasodilator

Pembahasan: Obat diberikan dibawah lidah, bukan ditelan. Kontraindikasi jika **TEKANAN DARAH** <90 mmHg, bradikardia (<50 x/menit), takikardia

Referensi: LeMone P; Burke, K.M; Bauldoff, G. (2016). Buku ajar keperawatan medikal bedah. Jakarta: EGC

18. **Jawaban: E. 5**
Kata kunci: Ulkus diabetikum

Pembahasan: Derajat 0 = tidak ada lesi terbuka, deformitas atau selulitis mungkin ditemukan - Derajat 1 = ulkus superfisial (partial atau full thickness) - Derajat 2 = ulkus ekstensi ke ligamen, tendon, kapsul sendi, atau deep fascia, tanpa abses atau osteomielitis - Derajat 3 = ulkus dalam dengan abses, osteomielitis, atau joint sepsis - Derajat 4 = gangren terlokalisasi pada forefoot atau heel - Derajat 5 = gangren seluruh kaki

Referensi: Rykberg RG. Diabetic Foot Ulcers: Pathogenesis and Management. American Family Physician. 2002;66(9):1655-62.

19. Jawaban: B. Risiko infeksi

Kata kunci: Risiko infeksi

Pembahasan: Data yang ada pada pasien mendukung untuk ditegakkan menjadi masalah keperawatan: risiko infeksi

Referensi: Nanda Internasional. 2012. Diagnosis Keperawatan 2012-2014. Jakarta: EGC

20. Jawaban: D. E2V2M3

Kata kunci: GCS

Pembahasan:

Respon Buka Mata

- 1 : mata tidak bereaksi dan tetap terpejam meski telah diberi rangsangan, nyeri.
- 2 : mata terbuka setelah menerima rangsangan.
- 3 : mata terbuka hanya dengan mendengar suara atau dapat mengikuti perintah untuk membuka mata.
- 4 : mata terbuka secara spontan tanpa perintah atau sentuhan.

Respon Verbal

- 1 : tidak mengeluarkan suara sedikit pun meski sudah dipanggil atau diberi rangsangan.
- 2 : suara yang keluar berupa rintihan tanpa kata-kata.
- 3: suara terdengar tidak jelas atau hanya mengeluarkan kata-kata, tetapi bukan kalimat yang jelas.
- 4: suara terdengar dan mampu menjawab pertanyaan, tetapi orang tersebut tampak kebingungan atau percakapan tidak lancar.
- 5 : suara terdengar dan mampu menjawab semua pertanyaan yang diajukan dengan benar serta sadar penuh terhadap lokasi, lawan bicara, tempat, dan waktu.

Respon Motorik

- 1 : tidak mampu menggerakkan tubuhnya sama sekali walau sudah diperintahkan atau diberi rangsangan nyeri.
- 2 : hanya dapat mengepalkan jari tangan dan kaki atau meluruskan kaki dan tangan saat diberi rangsangan nyeri.
- 3 : hanya mampu menekuk lengan dan memutar bahu saat diberi rangsangan nyeri.
- 4 : mampu menggerakkan tubuh menjauhi sumber nyeri ketika dirangsang nyeri. Misalnya, orang tersebut merespons dengan menarik tangannya ketika dicubit.
- 5 : mampu menggerakkan tubuhnya ketika diberikan rangsangan nyeri dan orang tersebut dapat menunjukkan lokasi nyeri.
- 6 : mampu melakukan gerakan tubuh saat diperintahkan.

Referensi: Lynn S, Beckley. 2015. Bates: Buku Ajar Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan Edisi 11. Jakarta: EGC

21. Jawaban: C. Delirium**Kata kunci: Tingkat kesadaran**

Pembahasan:

- Nilai GCS (15-14) : Composmentis.
- Nilai GCS (13-12) : Apatis.
- Nilai GCS (11-10) : Delirium.
- Nilai GCS (9-7) : Somnolen.
- Nilai GCS (6-5) : Sopor.
- Nilai GCS (4) : Semi-coma.
- Nilai GCS (3) : Coma.

Referensi: Lynn S, Beckley. 2015. Bates: Buku Ajar Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan Edisi 11. Jakarta: EGC

22. Jawaban: D. Membersihkan luka yang dibalut**Kata kunci: Intervensi pada kondisi luka**

Pembahasan: Prosedur perawatan luka yang tepat sesuai dengan SOP yang berlaku

Referensi: Maryunani (2006). Perawatan luka

23. Jawaban: A. $\frac{3}{4}$ **$\frac{3}{4}$** **Kata kunci: Mampu mengangkat tapi langsung jatuh**

Pembahasan:

- 0 : paralisis
- 1 : hanya ada kontraksi
- 2 : mampu bergerak atau menekuk sendi (tidak mampu melawan gravitasi)
- 3 : mampu melawan gravitasi tetapi langsung jatuh

- 4 : mampu melawan gravitasi tidak mampu melawan tahanan ringan
5 : mampu melawan gravitasi dan mampu menahan tahanan pengkaji (normal)

Referensi: Bickley LS, Szilagy PG. Bates Buku Ajar Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan. 8th ed. Jakarta: EGC; 2012.

Muttaqin, A. 2012. Buku Saku Gangguan Musculoskeletal: Aplikasi Pada Praktik Klinik Keperawatan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

24. Jawaban: E. Bersihan jalan napas tidak efektif

Kata kunci: batuk berdahak, susah mengeluarkan dahak, suara napas ronchi, sesak napas, Frekuensi Napas 28x/menit

Pembahasan: Penentuan masalah utama erat kaitannya dengan keluhan utama yang dialami pasien ditunjang dengan data Hasil Pemeriksaan: lainnya. Pada kasus tersebut, keluhan utama pasien adalah batuk berdahak sejak 2 hari yang lalu. Dan keluhan lainnya adalah susah mengeluarkan dahak. Hasil Pemeriksaan: fisik menunjukkan suara napas ronchi, Frekuensi Napas 28x/menit. Berdasarkan data-data yang ditemukan pada pasien, maka masalah utamanya mengarah kepada gangguan oksigenasi yaitu bersihan jalan napas tidak efektif.

Referensi: PPNI, T. P. S. D. (2018) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

25. Jawaban: A. Berikan makanan dalam porsi kecil dan menarik.

Kata kunci: intervensi keperawatan, mual, tidak nafsu makan, sariawan, BB menurun 3 kg sejak sakit

Pembahasan: Dalam menentukan intervensi keperawatan utama, terlebih dahulu harus mengetahui masalah keperawatan utama. Merujuk pada kasus, masalah keperawatan utama adalah berkaitan dengan defisit nutrisi yang didukung oleh data keluhan mual, tidak nafsu makan dan Hasil Pemeriksaan: sariawan, BB menurun 3 kg sejak sakit. Oleh karena itu intervensi keperawatan utama pada kasus tersebut adalah berikan makanan dalam porsi kecil dan menarik.

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

26. **Jawaban: D. 1485**

Kata kunci: luas luka bakar 27%, berat badan pasien 55 kg

Pembahasan: Resusitasi cairan dilakukan dengan memberikan cairan pengganti. Cara untuk menghitung kebutuhan cairan ini:

Rumus Baxter atau Parkland

$$4 \text{ ml RL} \times \text{BB (kg)} \times \% \text{ LLB}$$

Pemberian :

- 8 jam I diberikan $\frac{1}{2}$ dari kebutuhan cairan
- 8 jam II diberikan $\frac{1}{4}$ dari kebutuhan cairan
- 8 jam III diberikan sisanya

Berdasarkan waktu mulai saat terjadi trauma

Sehingga untuk menghitung kebutuhan cairan 8 jam pertama pada kasus tersebut, adalah

$$4 \text{ ml RL} \times \text{BB (kg)} \times \% \text{ LLB}$$

$$= 4 \text{ ml RL} \times 55 \times 27$$

$$= 5940 \text{ ml}$$

8 jam I diberikan $\frac{1}{2}$ dari kebutuhan cairan = 2970 ml

Referensi:

Black & Hawks. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Management Klinis Untuk hasil Yang Diharapkan. Edisi 8. Buku 2*. Jakarta: Elsevier.

Lemone P. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan integumen*. Jakarta: EGC.

27. Jawaban: B. 18%

Kata kunci: Area luka bakar di seluruh dada dan lengan tangan kanan

Pembahasan: Rumus 9 atau *rule of nine* untuk orang dewasa yang dibuat oleh Polaski dan Tennison:

- Kepala dan leher : 9 %
- Dada : 9 %
- Perut : 9 %
- Punggung : 9 %
- Bokong : 9 %
- Lengan dan tangan kanan : 9 %
- Lengan dan tangan kiri : 9 %
- Paha kanan : 9 %
- Paha kiri : 9 %
- Betis kaki kanan : 9 %
- Betis kaki kiri : 9 %
- Perineum dan genital : 1 %.

Sehingga pada kasus tersebut pasien mengalami luas luka bakar 18% karena luka bakar pada dada dan lengan tangan kanan

Referensi: Black & Hawks. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Management Klinis Untuk hasil Yang Diharapkan*. Edisi 8. Buku 2. Jakarta: Elsevier.

Lemone P. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Integumen*. Jakarta: EGC.

28. Jawaban: A. Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan

Kata kunci: Pasien mengeluh merasa lapar, Hasil pengukuran berat badan turun dari 55 kg menjadi 47 kg, tinggi badan 165cm, kadar gula darah sewaktu 285 mg/dl

Pembahasan: Berdasarkan data dari kasus tersebut, masalah utama mengarah pada ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan. Pada pasien DM, defisiensi insulin atau resistensi insulin menyebabkan glukosa tidak didistribusikan ke sel-sel yang menyebabkan sel kekurangan nutrisi dan menstimulasi serebral utk banyak makan. IMT pasien: 17,3, artinya status gizi kurang.

Referensi: Black, Joice, M. 2009. *Medical Surgical Nursing*. USA: Saunders.

29. Jawaban: D. membuka handscoon bersih

Kata kunci: Terdapat luka gangrene pada ekstemitas kiri bawah daerah dorsalis pedis

Pembahasan: Berdasarkan data dari kasus tersebut, sesuai prosedur perawatan luka, pertama pakai handscoon bersih, kemudian membuka balutan luka searah dengan tumbuhnya rambut, Tindakan berikutnya adalah

membuka handscoon bersih, setelah itu baru memakai handscoon steril.

Referensi: Black, Joice, M. 2009. Medical Surgical Nursing. USA: Saunders.

30. **Jawaban: E. Diet tinggi kalori**

Kata kunci: Pasien selalu merasa lapar dan makan lebih banyak dari biasanya, tetapi mengalami penurunan berat badan sebanyak 6.5kg dari bulan lalu. Pada palpasi didapatkan pembesaran kelenjar tiroid. Hasil Lab: T3 35 mg/dl dan T4 15.1mg/dl.

Pembahasan: Pasien mengalami hipertiroid yang ditandai dengan peningkatan nilai T3 dan T4, makan banyak tetapi mengalami penurunan berat badan, hal ini disebabkan karena peningkatan metabolisme. Oleh karena itu, untuk menyeimbangkan peningkatan metabolisme, pasien dianjurkan makan tinggi kalori agar tidak terjadi malnutrisi.

Referensi: Black, Joice, M. 2009. Medical Surgical Nursing. USA: Saunders.

31. **Jawaban: C. Anjurkan untuk banyak minum**

Kata kunci: diagnosis medis DHF, pasien mengeluh demam sudah empat hari yang lalu, TEKANAN DARAH 100/70 mmHg, hasil uji tourniquet hasilnya positif.

Pembahasan: Pada Kasus DHF, hal utama yang harus diperhatikan dan dimonitor adalah kebutuhan cairan pasien, agar tidak terjadi kebocoran plasma. Jadi berdasarkan kasus tersebut Tindakan yang tepat adalah menganjurkan pasien untuk banyak minum

Referensi: Black, Joice, M. 2009. Medical Surgical Nursing. USA: Saunders.

32. **Jawaban: D. Ketidakefektifan bersihan jalan napas**
Kata kunci: batuk disertai dahak, Sputum kental, warna kuning, Frekuensi Napas 26 x/menit, suara napas ronchi

Pembahasan: Masalah utama pada kasus tersebut adalah **Ketidakefektifan bersihan jalan napas**, yang ditandai dengan keluhan batuk berdahak, sputum kental berwarna kuning dan tidak bisa dikeluarkan, serta hasil auskultasi suara paru terdengar ronchi. Frekuensi Napas 26x/menit. Prioritas menentukan masalah keperawatan utama adalah melihat dari yang paling mengancam jiwa pasien, kemudian apabila masalah utama tidak di atasi bisa menimbulkan masalah lainnya.

Referensi: Black, Joice, M. 2009. Medical Surgical Nursing. USA: Saunders.

33. **Jawaban: D. Autonomy**
Kata kunci: Prinsip etik yang diterapkan oleh perawat adalah Autonomy. Prinsip ini digunakan pada setiap pengambilan keputusan dalam tindakan asuhan keperawatan yang melibatkan pasien dan keluarga

Pembahasan: Setiap Tindakan dalam pemeriksaan dan penatalaksanaan pasien seharusnya perawat mempunyai prinsip etik untuk menghargai hak dan kewajiban pasien dibutuhkan komunikasi terhadap setiap prosedur yang akan dilakukan. Pemeriksaan ELISA HIV AID harus sepengetahuan dan mendapatkan persetujuan oleh pasien.

Referensi: Nursalam (2016). Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta: Salemba Medika

34. **Jawaban: C. Autonomy**

Kata kunci: Tindakan invasif seperti operasi butuh keputusan bersama antara pasien dan keluarga hal ini penting supaya setiap Tindakan yang dilakukan oleh perawat sudah melibatkan pasien dan keluarga.

Pembahasan: Pasien yang akan dilakukan operasi harus diberikan penjelasan oleh perawat atau dokter terhadap kerugian dan keuntungan serta persiapan yang harus dijalani sehingga keputusan Tindakan pasien sudah memahaminya.

Referensi: Nursalam (2016). Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta: Salemba Medika.

35. **Jawaban: D. Ronchi**

Kata kunci: Pada kasus tersebut pemeriksaan fisik auskultasi menjadi kata kunci sehingga sisa jawaban di point c dan d sesuai beberapa hasil auskultasi pasien namun yang paling benar adalah ronchi

Pembahasan: Pemeriksaan fisik auskultasi dengan keluhan batuk dan infiltrate pada paru menjadi indicator kuat suara ronchi terjadi akibat penumpukan atau obstruksi secret sehingga memperkecil saluran napas.

Referensi: Arif Muttaqin (2011). Asuhan Keperawatan Klien dengan gangguan Sistem pernapasan. Jakarta: Salemba Medika

36. Jawaban: B. Mengecek aliran oksigen

Kata kunci: Focus pada tahapan SOP yang paling dekat dengan langkah yang terakhir yang dilakukan

Pembahasan: Pada prosedur pemasangan oksigen perhatikan SOP Ketika sudah masuk di fase kerja

1. Cuci tangan
2. Pastikan tabung oksigen tidak kosong
3. Buka klem tabung perhatikan di regulator tabung
4. Hubungkan nasal kanul atau face mask
5. Atur flow meter sesuai kebutuhan
6. Cek aliran oksigen
7. Pasangkan ke hidung pasien
8. Tanya respon pasien
9. Cuci tangan
10. Dokumentasi

Referensi: Arif Muttaqin (2011). Asuhan Keperawatan Klien dengan gangguan Sistem pernapasan. Jakarta: Salemba Medika

37. Jawaban: D. Bersihan jalan napas tidak efektif

Kata kunci: Kasus Ca laring salah satu penyakit pada pernapasan batuk, terdapat secret, dan suara ronchi 3 data yang mendukung untuk diangkat Bersihan jalan napas tidak efektif ditambah ada dipsnea.

Pembahasan: Pasien dengan Ca laring akan mengalami gangguan pernapasan dengan manifestasi dipsnea, penumpukan secret akibat obstruksi dari cancernya yang akan di respon dengan batuk

Referensi: Arif Muttaqin (2011). Asuhan Keperawatan Klien dengan gangguan Sistem pernapasan. Jakarta: Salemba Medika

38. Jawaban: B. Melakukan pemberian terapi analgesic

Kata kunci: Pasca pneumonectomy kiri hari pertama, merintih kesakitan

Pembahasan: Nyeri post-operasi adalah suatu reaksi tubuh terhadap kerusakan jaringan (mulai dari sayatan kulit hingga kerusakan yang ditimbulkan proses operasi), tarikan atau regangan pada organ dalam tubuh, maupun penyakitnya. Pada pasien yang terjadi adalah pasca operasi sehingga di perlukan sekali manajemen nyeri dengan pemberian obat analgesic guna mencegah terjadinya shock akibat nyeri yang sangat tinggi.

Referensi: Brunner, & Suddarth Edisi 12 (2018), Keperawatan Medikal Bedah Jakarta, Buku Kedokteran EGC

39. Jawaban: C. Perdarahan

Kata kunci: Banyak keluar darah saat BAB, Hb 9,2 g/dl

Pembahasan: Hemorrhoides atau wasir merupakan salah satu dari gangguan sirkulasi darah. Gangguan tersebut dapat berupa pelebaran (dilatasi) vena yang disebut venectasia atau varises daerah anus dan perianus yang disebabkan oleh bendungan dalam susunan pembuluh vena. Hemorroid disebabkan oleh obstipasi yang menahun yang biasanya terjadi pada umur lanjut akibat fungsi organ pencernaan sudah mengalami penurunan. Pada kasus tersebut menunjukkan masalah keperawatan yang terjadi adalah perdarahan per anus/rectal dan menurunnya jumlah hemoglobin dibawah normal.

Referensi: Brunner, & Suddarth Edisi 12 (2018),
Keperawatan Medikal Bedah Jakarta, Buku Kedokteran
EGC
Bagian Patologi F.K.UI, 1999

40. **Jawaban: E. Peningkatan kadar glukosa darah sewaktu (GDS)**

Kata kunci: Badan lemas, GDS 52 mg/dl, keringat dingin

Pembahasan: Jika pada kasus data focus mengarah pada tidak nafsu makan 5 hari, badan lemas, mual, cenderung tidur serta GDS 52,g/dl. Kesulitan makan sering terjadi pada pasien yang mengalami mual serta tidak nafsu makan yang dapat menyebabkan penurunan metabolime karbohidrat yang berdampak terjadi penurunan kadar glukosa darah dalam tubuh, sehingga tindakan utama di harapkan paling penting adalah dengan meningkatkan asupan glukosa dengan pemberian air gula atau memberikan dekstrose secara intravena sehingga terjadi peningkatan kadar glukosa darah.

Referensi: Brunner, & Suddarth Edisi 12 (2018),
Keperawatan Medikal Bedah Jakarta, Buku Kedokteran
EGC

Tim Penyusunan Revisi (2021) Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan DM type 2 Dewasa di Indonesia, PB PERKENI

41. **Jawaban: C. Status nutrisi membaik**

Kata kunci: evaluasi keperawatan, mual, tidak nafsu makan, sariawan, BB menurun 2 kg sejak sakit

Pembahasan: Dalam menentukan evaluasi keperawatan utama, terlebih dahulu harus mengetahui masalah keperawatan utama dan intervensi keperawatan utama.

Merujuk pada kasus, masalah keperawatan utama adalah berkaitan dengan defisit nutrisi dan intervensi yang dilakukan adalah manajemen nutrisi. Sehingga evaluasi keperawatan utama pada kasus tersebut adalah status nutrisi membaik.

Referensi: PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

42. **Jawaban: C. Membersihkan stoma dan kulit sekitar stoma**

Kata kunci: Saat ini perawat akan melakukan perawatan stoma, alat-alat sudah disiapkan, kantong stoma telah dibuka, *base plate* telah di angkat.

Pembahasan: Langkah-langkah dalam perawatan stoma ketika *base plate* sudah diangkat dan dimasukkan ke kantong plastik adalah membersihkan stoma dan kulit sekitar stoma menggunakan kapas/kassa dan cairan fisiologis, dilanjutkan membersihkan jahitan di sekeliling stoma, mengeringkan kulit sekitar stoma dengan kasa kering, menutup lubang stoma menggunakan kasa lembab, dan menggunting *base plate* sesuai pola.

Referensi: PPNI. (2021). *Pedoman Prosedur Operasional Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

43. **Jawaban: A. Ruang interkosta IV tepi sternal kiri**

Kata kunci: Saat ini perawat akan melakukan perekaman elektrokardiogram (EKG), manset elektroda ekstremitas telah terpasang, elektroda dada telah dipasang di ruang interkosta IV tepi sternal kanan.

Pembahasan: Urutan pemasangan elektroda dada pada perekaman EKG adalah:

1. C1 : ruang interkosta IV tepi sternal kanan
2. C2 : ruang interkosta IV tepi sternal kiri
3. C3 : pertengahan elektroda ke dua dan ke empat
4. C4 : ruang interkosta V kiri di garis midklavikula
5. C5 : ruang interkosta V kiri di garis aksila anterior
6. C6 : ruang interkosta V kiri di garis mid aksila

Referensi: PPNI. (2021). *Pedoman Prosedur Operasional Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

44. Jawaban: B. Intoleransi aktifitas

Kata kunci: Penurunan kekuatan otot

Pembahasan: Pada kasus tersebut pasien mengeluhkan tangan dan kaki terasa lemas. Data itu didukung dengan Hasil Pemeriksaan: fisik berupa penurunan kekuatan otot yang ditandai dengan ekstremitas kanan bisa diangkat akan tetapi langsung jatuh. Kondisi tersebut menunjukkan adanya penurunan kekuatan otot, sehingga diagnosis yang tepat adalah intoleransi aktifitas.

Referensi: Price & Wilson, 2007, *Pathofisiologi, Konsep klinis Proses Penyakit, EGC, Jakarta*

45. Jawaban: D. Mengatur pola makan

Kata kunci: Nyeri perut dan makan tidak teratur

Pembahasan: Kasus tersebut pasien mengeluhkan nyeri perut yang menandakan adanya permasalahan di abdomen. Data itu diperkuat dengan data subjektif dimana pasien mengatakan tidak teratur dalam makan karena sibuk dan data objektif berupa mual muntah. Kondisi tersebut dapat disimpulkan bahwa klien mengalami

gangguan pencernaan akibat ketidakadekuatan PHBS. Pendidikan tentang pengaturan pola makan dapat menjadi salah satu solusi terbaik.

Referensi: Price & Wilson, 2007, Pathofisiologi, Konsep klinis Proses Penyakit, EGC, Jakarta

46. Jawaban: C. Kelebihan volume cairan

Kata kunci: Edema dan bendungan paru

Pembahasan: Dalam soal diatas pasien mengatakan sesak napas. Sesak napas dapat menandakan banyak hal. Data tersebut didukung dengan Hasil Pemeriksaan: fisik berupa adanya edema pada kedua tungkai dan hasil foto thoraks yang menunjukkan adanya bendungan paru. Edema dan bendungan pada paru merupakan salah satu tanda dari kelebihan volume cairan.

Referensi: Price & Wilson, 2007, Pathofisiologi, Konsep klinis Proses Penyakit, EGC, Jakarta

47. Jawaban: D. Gangguan keseimbangan cairan

Kata kunci: Diare

Pembahasan: Kasus diawali dengan adanya keluhan berupa diare 6 kali dan muntah-muntah. Kondisi tersebut didukung dengan Hasil Pemeriksaan: fisik berupa penurunan kesadaran, penurunan TEKANAN DARAH, akral dan keringat dingin, pulsasi tidak teraba dan turgor jelek yang merupakan tanda dari syok hipovolemi. Berdasarkan hal tersebut permasalahan cairan dan elektrolit dapat menjadi prioritas dalam diagnosis keperawatan.

Referensi: Price & Wilson, 2007, Pathofisiologi, Konsep klinis Proses Penyakit, EGC, Jakarta

48. Jawaban: A. Monitor balance cairan

Kata kunci: Mual, muntah-muntah

Pembahasan: Menganalisa dari mual dan muntah-muntah yang dialami pasien hal ini sering menjadi manifestasi klinis pada pasien dengan pankreatitis akut. Akibat hal tersebut akan mudah sekali terjadi dehidrasi, untuk mengatasi dehidrasi tersebut dengan melakukan pemberian cairan melalui IV dengan memperhatikan rehidrasi agresif dengan pemberian cairan kristaloid intravena seperti ringer laktat hingga 250-500 ml/jam untuk mengembalikan cairan yang hilang akibat perpindahan dari vaskular ke rongga intraperitoneal maupun retroperitoneal. Mengkaji status cairan dan elektrolit dengan memperhatikan turgor kulit dan kelembababan membrane mukosa serta perhatikan kenaikan Suhu yang berpengaruh terhadap kekurangan cairan.

Referensi: Brunner, & Suddarth Edisi 12 (2018), Keperawatan Medikal Bedah Jakarta, Buku Kedokteran EGC

49. Jawaban: B. Nyeri akut.

Kata kunci: Nyeri dada dirasakan menjalar ke punggung belakang, mengeluh sesak saat beraktivitas

Pembahasan: Melihat gejala dan banyak kasus yang terjadi pada pasien gejala Miokard Infark sulit dibedakan dengan tanda dan gejala angina tak stabil dengan nyeri dada yang terjadi tiba-tiba dan terus berlanjut meskipun beristirahat

atau diberi obat, merupakan gejala utama yang di tampilkan akibat penurunan perfusi jaringan jantung. Patofisiologi sindrom koroner akut, baik angina tidak stabil maupun non-ST segment elevation myocardial infarction (NSTEMI), adalah sama, yakni ruptur plak aterosklerosis yang diikuti pembentukan trombus pada lesi. Trombus yang terbentuk kemudian kembali ditutupi oleh plak aterosklerosis sehingga pembuluh darah semakin menyempit. Penyempitan mengakibatkan aliran darah ke jantung berkurang.

Referensi: Brunner, & Suddarth Edisi 12 (2018), Keperawatan Medikal Bedah Jakarta, Buku Kedokteran EGC

50. **Jawaban: E. 6.000 cc**

Kata kunci: Luka bakar, 30%, baxter

Pembahasan: Rumus *Baxter* = 4 cc x Kg BB x Luas Luka Bakar

= 4 cc x 50 x 30

= **6.000 cc** untuk 24 jam pertama setelah luka bakar

Referensi: *Medical Surgical Nursing, Concepts&Practice*, deWit and Kumagai, 2013

51. **Jawaban: C. Bising usus**

Kata kunci: Tanda yang akan ditemui jika saluran pencernaan pasien post operasi sudah bekerja dengan baik adalah jika terdengarnya bising usus saat dilakukan pemeriksaan auskultasi abdomen

Pembahasan: Bagi pasien post operasi tanda bahwa saluran pencernaan sudah kembali bekerja dengan baik

adalah ditandai dengan terdengarnya bising usus saat dilakukan auskultasi bagian abdomen atau adanya flatus.

Referensi: *Medical Surgical Nursing, Concepts&Practice*, deWit and Kumagai, 2013

52. **Jawaban: B. Intoleransi aktivitas**

Kata kunci: Pasien mengeluh nyeri dada disertai sesak dan bertambah berat saat berjalan ke kamar mandi

Pembahasan: PJK merupakan suatu penyakit jantung yang disebabkan karena adanya sumbatan pada otot jantung. Akibat adanya sumbatan, aliran darah ke otot jantung tidak maksimal, sehingga metabolisme sel menjadi terganggu dan energi yang dihasilkan berkurang. Tanpa energi yang cukup, pasien menjadi tidak toleran dalam melakukan aktivitas secara normal

Referensi: Muttaqin, A. 2014. *Asuhan Keperawatan Sistem Kardiovaskular dan Sistem Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika

53. **Jawaban: E. Palpasi pada titik Mc. Burney**

Kata kunci: Pasien mengeluh nyeri perut kanan bawah seperti tusuk-tusuk tertama saat melakukan kegiatan serta mengganggu kualitas tidur pasien. Hasil Pemeriksaan: skala nyeri 7, tampak wajah menyeringai.

Pembahasan: Nyeri yang terjadi pada kasus apendicitis karena hiperperistaltik, untuk mengatasi obstruksi pada apendik. Pengkajian yang khas dilakukan pada kasus tersebut adalah penilaian nyeri menggunakan palpasi titi Mc. Burney pada kuadran bawah kanan.

Referensi: Black, J.M., & Hawks, J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. 8th ed., Vol. edisi 1. Singapore: Elsevier.

54. **Jawaban: B. Kenaikan berat badan.**

Kata kunci: Hasil Pemeriksaan: didapatkan edema di ekstremitas bawah, intake cairan 1000 cc/24 jam, urin output 100cc/24 jam, TEKANAN DARAH 150/90 mmHg, Frekuensi Nadi 88 x/menit, RR 28 x/menit, Suhu 37°C, BB sebelum sakit 58 Kg.

Pembahasan: Salah satu tanda gejala CKD yaitu ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa. Adanya gangguan ekskresi natrium, akan terjadi retensi natrium yang dapat mengikat cairan. Retensi natrium menyebabkan terjadinya edema atau pembengkakan. Pada kasus CKD sering mengalami kelebihan volume cairan. Pengkajian yang perlu dilakukan yaitu pengukuran derajat edema, kenaikan berat badan dan lingkaran perut. Kenaikan BB 1 kg BB = 1 lt air, urin output 0,5-1 cc/kgBB/jam

Referensi: Black, J.M., & Hawks, J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. 8th ed., Vol. edisi 1. Singapore: Elsevier.

55. **Jawaban: C. Gangguan pertukaran gas**

Kata kunci: Hasil Pemeriksaan: keluhan sesak napas, tampak cemas, batuk berdahak dan tampak retraksi dada. TEKANAN DARAH 140/80 mmHg, Frekuensi Nadi 100 x/menit, RR 28 x/menit, Suhu 37,5°C, pH 7,47, PaCO₂ 32 mmHg, PaO₂ 90 mmHg, saturasi oksigen 90%, HCO₃ 22 mEq/dL, BE +3.

Pembahasan: Pasien TB paru disebabkan karena adanya infeksi bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* yang menyebabkan peradangan dan kerusakan pada area paru. Kerusakan tersebut menyebabkan terhambatnya

perpindahan gas (O_2 dan CO_2) di alveolus dengan kapiler pulmonal. Kegagalan pertukaran gas menyebabkan gangguan keseimbangan asam basa tubuh dimana CO_2 dalam darah akan menurun.

Referensi: Somantri, Irman. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.

56. **Jawaban: C. 7**

Kata kunci: Saat diberi rangsang nyeri kedua lengan tampak flexi abnormal, membuka mata dan suara mengerang

Pembahasan: Gangguan neurologi pada diagnosis stroke atau trauma kepala terjadi akibat kerusakan jaringan otak. Kerusakan jaringan otak disebabkan karena edema, iskemic dan peningkatan TIK. Salah satu tanda yang paling dominan pada kasus tersebut yaitu penurunan kesadaran. Semakin rendah nilai GCS menunjukkan semakin berat kerusakan jaringan otak.

Referensi: Black, J.M., & Hawks, J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. 8th ed., Vol. edisi 1. Singapore: Elsevier.

57. **Jawaban: B. 2**

Kata kunci: Pasien tampak hemiparese kanan, lemah dan tidak mampu menggerakkan tubuhnya, reflek fisiologi melambat. Saat dilakukan pemeriksaan otot ekstremitas kanan didapat hasil sebagai berikut, tidak mampu mengangkat lengan dan kaki namun masih bisa menggerakannya

Pembahasan: Penurunan kekuatan otot merupakan gangguan neurologis yang sering terjadi pada kasus neuro

atau saraf. Adanya mekanisme gangguan sentral pada pusat motorik otak, sehingga saraf kurang mampu berkoordinasi terkait pergerakan ekstremitas. Kelemahan otot ditentukan dengan skala kekuatan otot yaitu 0 tidak ada tonus otot, 1 terdapat tonus tapi tidak ada gerakan, 2 terdapat pergerakan sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi, 3 dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan tahanan atau tekanan, 4 pergerakan dapat menahan tekanan ringan-sedang, 5 kekuatan otot normal.

Referensi: Black, J.M., & Hawks, J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. 8th ed., Vol. edisi 1. Singapore: Elsevier.

58. Jawaban: D. 3

Kata kunci: Kondisi Berat

Pembahasan: Pengkajian status fungsional pasien berdasarkan *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) terdapat 5 skala / indikator yang menunjukkan tingkat keparahan kondisi fisik dalam melakukan ADL. Berdasarkan kasus tersebut kondisi pasien tidak dapat mengurus ADL sendiri, sebagian besar waktu di tempat tidur dan kondisi berat menunjukkan skor 3.

Referensi: Corwin. Elizabeth J .(2009). *Patofisiologi: Buku saku*. Jakarta: EGC

Lawry, George. V. (2015). *Pemeriksaan Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC

Potter & Perry. (2010). *Fundamental of Nursing. Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika

59. Jawaban: B. Curah jantung

Kata kunci: Curah jantung

Pembahasan: Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme ditandai dengan bradikardi/takikardi, Lelah, edema, adanya dispnea, distensi vena jugularis. Masalah keperawatan pada kasus adalah Penurunan Curah Jantung sehingga tujuan/ luaran dari asuhan keperawatan adalah Curah Jantung Meningkat.

Referensi: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, 2017 ; Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2017

60. **Jawaban: C. Kekuatan otot**
Kata kunci: Kekuatan otot

Pembahasan: Gangguan mobilitas fisik yang tergambar dalam kasus membutuhkan data kekuatan otot untuk menegaskan bahwa masalah gangguan Mobilitas fisik tersebut aktual.

Referensi: Standar Diagnosis kepe

61. **Jawaban: D. E2V2M3**
Kata kunci: GCS

Pembahasan: Pemeriksaan Eyes menunjukkan gambaran 2 karena membuka mata dengan stimulus nyeri, Verbal pasien bersuara tanpa arti 2 dan terjadi fleksi abnormal pada saat diberikan rangsangan nyeri (3).

Referensi: Rosyidi K (2013). Prosedur praktik keperawatan. Trans Info Media. Jakarta

62. **Jawaban: A. Mobilisasi miring kanan-miring kiri tiap 2 jam**

Kata kunci: Tubuh bagian kanan sulit digerakkan dan pasien hanya berbaring ditempat tidur

Pembahasan: Mobilisasi miring kiri kanan tiap 2 jam bertujuan agar meminimalkan komplikasi utama yang mudah terjadi yaitu dekubitus yang lebih lanjut akibat kurangnya sirkulasi sehingga dapat memeperburuk kondisi pasien.

Referensi: Black, J. M & Hawks, J. H. 2014. Keperawatan Medikal Bedah: *manajemen Klinis Untuk Hasil yang Diharapkan*. Ed.8. Buku 3. Elsevier

63. Jawaban: A. Tirah baring

Kata kunci: Sesak napas, rasa berat didada dan tampak kelelahan

Pembahasan: Tirah baring diberikan bertujuan untuk menurunkan kebutuhan oksigen karena peningkatan aktivitas akan meningkatkan kebutuhan oksigen sehingga dyspnea akan semakin meningkat

Referensi: Black, J. M & Hawks, J. H. 2014. Keperawatan Medikal Bedah: *manajemen Klinis Untuk Hasil yang Diharapkan*. Ed.8. Buku 3. Elsevier

64. Jawaban: D. Asidosis respiratorik

Kata kunci: PPOK, AGD

Pembahasan: Untuk menginterpretasi nilai AGD pada kasus tersebut, ada langkah-langkah yang harus ditempuh, yaitu: klasifikasi pH, nilai normal pH 7,33-7,45. Terjadi penurunan pH (7,30) pada soal tersebut yang menunjukkan asidemia. Selanjutnya perhatikan nilai

PaCO₂-nya, 49 mmHg yang menunjukkan asidosis respiratorik karena adanya peningkatan. Nilai normal PaCO₂ 35-45 mmHg. Nilai normal HCO₃⁻ 22-26 mEq/dL dan pada kasus tersebut nilainya normal. Apabila menurun menunjukkan adanya asidosis metabolik, sedangkan apabila meningkat menunjukkan adanya alkalosis metabolik. Langkah terakhir, tentukan adanya kompensasi dengan melihat dua komponen, yaitu PaCO₂ dan HCO₃⁻. Apabila keduanya abnormal (atau hampir abnormal) pada arah yang berlawanan, maka menandakan adanya kompensasi. Apabila nilai salah satu komponen abnormal, dan komponen lainnya normal, maka tidak terkompensasi.

Referensi:

1. Hadi. M *et al.* (2019). *Sinergi Hadirkan Sukses Uji Kompetensi Ners Indonesia*. AIPNI. Jakarta.
2. Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
3. PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta. DPP PPNI.

65. Jawaban: A. Intoleransi aktifitas

Kata kunci: Gagal jantung, aktivitas

Pembahasan: Gagal jantung merupakan kegagalan jantung dalam memompa darah secara normal ke seluruh tubuh, sehingga darah yang berisi nutrisi dan oksigen tidak terdistribusi secara adekuat ke seluruh sel. Akibatnya proses metabolisme sel menjadi terganggu dan energi yang dihasilkan berkurang. Tanpa energi yang cukup, pasien tidak toleran dalam melakukan aktivitas secara normal.

Referensi:

1. Hadi. M *et all.* (2019). *Sinersi Hadirkan Sukses Uji Kompetensi Ners Indonesia*. AIPNI. Jakarta.
2. Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical-Surgical Nursing*. Phiadelphia: Wolters Kluwer.
3. PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta. DPP PPNI.

66. Jawaban: C. Melakukan fisioterapi dada**Kata kunci: Pneumonia, ekspektoran**

Pembahasan: Pneumonia merupakan proses inflamasi pada parenkim paru yang ditandai dengan demam, sesak, batuk, dan produksi sputum yang berlebihan, menyebabkan sulit untuk menjaga kepatenan jalan napas. Fisioterapi dada merupakan salah satu rangkaian tindakan keperawatan yang terdiri atas postural drainage, clapping, dan vibration. Tindakan tersebut untuk meningkatkan turbulensi dan kecepatan ekshalasi udara sehingga sekret dapat bergerak dan kecepatan ekshalasi udara sehingga sekret dapat bergerak dan mencegah terkumpulnya serta mempercepat pengeluaran mukus.

Referensi:

1. Referensi: Hadi. M *et all.* (2019). *Sinersi Hadirkan Sukses Uji Kompetensi Ners Indonesia*. AIPNI. Jakarta.
2. Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical-Surgical Nursing*. Phiadelphia: Wolters Kluwer.
3. PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta. DPP PPNI.

67. Jawaban: E. Edema berkurang/ hilang**Kata kunci: CKD, cairan**

Pembahasan: Pembatasan cairan merupakan tindakan keperawatan untuk mencegah adanya peningkatan cairan tubuh secara progresif akibat adanya gangguan pada ginjal.

Referensi:

1. Hadi. M *et all.* (2019). *Sinersi Hadirkan Sukses Uji Kompetensi Ners Indonesia*. AIPNI. Jakarta.
2. Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
3. PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta. DPP PPNI.

68. Jawaban: E. Gangguan eliminasi urine**Kata kunci: Desakan ingin berkemih, sering buang air kecil**

Pembahasan: Gejala mayor wajib ada yaitu desakan ingin berkemih, urine menetes, nokturia, mengompol

Referensi:

1. Kardiyudiani, Ni. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah 1*. Yogyakarta : Pustaka Baru.
2. PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1*. Dewan Pengurus Pusat : PPNI

69. Jawaban: E. Bersihan jalan napas tidak efektif**Kata kunci: Sputum berlebih, tidak mampu batuk efektif**

Pembahasan: Gejala mayor yang wajib ada adalah sputum berlebih, ada suara napas, tidak mampu batuk.

Referensi:

1. Kardi Yudiani, Ni. (2019). Keperawatan Medikal Bedah 1. Yogyakarta : Pustaka Baru
2. PPNI (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1. Dewan Pengurus Pusat : PPNI

70. **Jawaban: D. Researcher**
Kata kunci: Menganalisa

Pembahasan: Perawat memiliki 8 peran yaitu *care giver, advocate, educator, konselor, kolaborator, manajer, leader, researcher*. Berdasarkan kasus tersebut perawat menemukan fenomena 25 pasien mengalami infeksi VAP, sehingga perawat tertarik untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang dapat menyebabkan pasien mengalami infeksi VAP.

Referensi: Bulechek, G M., Butcher, H K., Dochterman, J M., & Wagner, C M. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Singapore: Elsevier
Herdman, T Heather. (2015). *Nanda International Inc. Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC
Moorhead, Sue., Johnson, M., Maas, M L., & Swanson, E. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Singapore: Elsevier

71. **Jawaban: A. TB Paru BTA Positif**
Kata kunci: BTA sputum

Pembahasan: Klasifikasi Pasien TB Paru meliputi TB Paru BTA Positif, TB Paru BTA Negatif, TB Ekstra Paru Ringan,

TB Ekstra Paru Berat. Berdasarkan kasus tersebut, Hasil Pemeriksaan: BTA sputum menunjukkan hasil positif dan pemeriksaan rontgen terdapat suspek TB di paru kiri sehingga pasien dapat diindikasikan TB Paru BTA Positif. Jika TB Ektra Paru Ringan atau berat harus disertai gejala TB menyebar ke ekstra paru seperti tulang, saluran kemih, dll.

Referensi: Bulechek, G M., Butcher, H K., Dochterman, J M., & Wagner, C M. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Singapore: Elsevier

Herdman, T Heather. (2015). *Nanda International Inc. Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC

Moorhead, Sue., Johnson, M., Maas, M L., & Swanson, E. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Singapore: Elsevier

72. Jawaban: A. Head of bed
Kata kunci: VAP bundle care program

Pembahasan: Pasien yang terpasang ventilator memiliki risiko terjadi infeksi *Ventilator Associated Pneumonia*, maka pasien perlu diberikan perawatan untuk mencegah terjadinya VAP. Pencegahan tersebut berupa kumpulan tindakan keperawatan yang disebut *VAP Bundle Care Program* meliputi *head of bed*, *oral hygiene*, hentikan sedasi berkala, profilaksis thrombosis, profilaksis ulkus peptikum.

Referensi: Bulechek, G M., Butcher, H K., Dochterman, J M., & Wagner, C M. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Singapore: Elsevier

Herdman, T Heather. (2015). *Nanda International Inc. Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC

Moorhead, Sue., Johnson, M., Maas, M L., & Swanson, E. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Singapore: Elsevier

73. Jawaban: C. Melatih pasien untuk ROM pasif

Kata kunci: Stroke, ROM

Pembahasan: Hemiplegi adalah kelumpuhan anggota gerak karena stroke, latihan fisik dan fisioterapi untuk membantu mengatasi hemiplegia, karena dengan latihan fisik/ROM akan membantu menguatkan otot. Untuk ekstremitas yang kanan yang tidak mengalami hemiplegi dengan melakukan ROM aktif untuk mencegah hemiplegi, atau otot tetap berkontraksi.

Referensi: Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2019). *Standar luaran keperawatan Indonesia: Definisi dan kriteria hasil*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

74. Jawaban: B. 28%

Kata kunci: Luka bakar, luar luka bakar

Pembahasan:

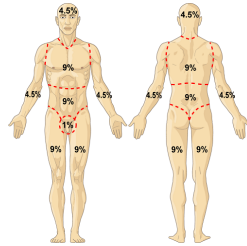
luas luka bakar menurut rumus rules of nine adalah:

1. Perut = 9%

2. Alat kelamin = 1%

3. Kedua ekstremitas bawah sampai lutut = 9%+9% = 18%

Total luar luka bakar = 9+1+18=28%



Referensi:

Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (2018). Nursing interventions classification (NIC). Philadelphia: Elsevier

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2017). Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

75. Jawaban: B. 2.800 ml

Kata kunci: Luka bakar, luar luka bakar

Pembahasan:

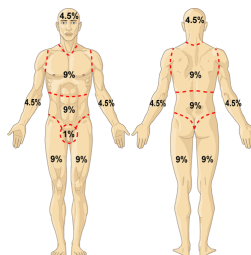
luas luka bakar menurut rumus rules of nine adalah:

1. Perut = 9%

2. Alat kelamin = 1%

3. Kedua ekstremitas bawah sampai lutut = 9%+9% = 18%

Total luar luka bakar = 9+1+18=28%



perhitungan pemenuhan kebutuhan cairan menggunakan metode Baxter/Parkland adalah Rumus Baxter: $4 \text{ ml} \times \text{kg BB} \times \text{luas luka bakar}$

sehingga didapat $4 \times 50 \times 28 = 5600 \text{ ml}$

Pemberian 8 jam pertama adalah 50% dari total kebutuhan cairan sehingga pada 8 jam pertama diberikan $50\% \times 5600 = 2800 \text{ ml}$, sisanya pada 16 jam selanjutnya yakni 25% pada 8 jam kedua dan 25% pada 8 jam ketiga.

Referensi: Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (2018). Nursing interventions classification (NIC). Philadelphia: Elsevier
 Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2017). Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

76. Jawaban: C. 9

Kata kunci: Stroke, GCS

Pembahasan:

Penilaian GCS

1.respon membuka mata dengan rangsangan nyeri (2)

2.respon verbal pasien bingung disorientasi waktu, tempat dan orang (4)

3.refleks motorik dengan rangsangan nyeri fleksi abnormal (3)

nilai total = E+V+M

GCS= 2+4+3 = 9

Glasgow Coma Scale	Eye (respon membuka mata)	Spontan membuka mata	4
		Buka mata dengan perintah suara	3
		Buka mata dengan rangsang nyeri	2
		Tidak membuka mata	1
	Verbal (respon verbal)	Berorientasi baik	5
		Bingung, Bicara kacau	4
		Kata-kata tidak sesuai/tidak tepat	3
		Mengerang	2
	Motor (respon motorik)	Tidak bersuara	1
		Mengikuti perintah	6
		Melokalisir nyeri	5
		Menarik extremitas menjauhi nyeri	4
	Fleksi abnormal	3	
	Ekstensi abnormal	2	
	Tidak ada gerakan	1	

Referensi:

Jackson, Marilyn dan Lee Jackson. 2011. Seri Panduan Praktis Keperawatan Klinis. Jakarta: Erlangga

Weinstock, Doris. 2011. Rujukan Cepat di Ruang ICU / CCU. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

77. **Jawaban: E. Kelebihan volume cairan dan elektrolit**
Kata kunci: mengeluh “badan bengkak”, edema anasarca

Pembahasan: Pasien Laki-laki, 55 tahun, masuk RS mengeluh badan bengkak, edema anasarca. Dari data tersebut didapatkan bahwa pasien kelebihan volume cairan, selain itu didapatkan data penunjang terjadi penurunan GFR mengindikasikan masalah di ginjal.

Referensi: Smeltzer, S.C dan B,G Bare. 2018. Baru Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth. Jakarta: EGC

78. **Jawaban: E. Melakukan sesuai SOP saat pasien cuci darah yaitu memperbolehkan pasien makan makanan tersebut karena sedang cuci darah dan memberikan edukasi tentang diet pasien gagal ginjal kronik**
Kata kunci: GGK, sedang HD, makan steak dan minum jus semangka

Pembahasan: Pada pasien gagal ginjal terjadi pembatasan konsumsi buah-buahan atau sayuran yang tinggi kadar kalium, namun pada kondisi hemodialisis pasien diberi keistimewaan dapat makan makanan tersebut karena kelebihan elektrolit-elektrolit tersebut nantinya akan disaring pada proses dialysis.

Referensi: Smeltzer, S.C dan B,G Bare. 2018. Baru Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth. Jakarta: EGC

79. **Jawaban: E. Menanyakan kepemilikan BPJS dan memberikan alternatif pembiayaan yang lain serta memfasilitasi konsultasi dengan dokter untuk menjelaskan kondisi pasien**

Kata kunci: Hemodialisis cito, menolak karena tidak memiliki uang

Pembahasan: Pada kasus tersebut ungkapan-ungkapan perawat maupun petugas pada jajaran RS akan menjadi sangat sensitive. Oleh karena itu, solusi bijak dengan menanyakan asuransi Kesehatan yang dimiliki oleh pasien.

Referensi: Smeltzer, S.C dan B,G Bare. 2015. Baru Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth. Jakarta: EGC

80. **Jawaban: E. Nyeri akut**

Kata kunci: keluhan nyeri saat BAK

Pembahasan: Diagnosis prioritas untuk ditangani menjadi pencetus keluhan pasien, yaitu keadaan nyeri pasien.

Referensi: Smeltzer, S.C dan B,G Bare. 2018. Baru Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth. Jakarta: EGC

81. **Jawaban: A. Memberikan rangsang nyeri**

Kata kunci: Tingkat kesadaran

Pembahasan: Pemeriksaan GCS meliputi pemeriksaan Eyes, Verbal dan Motorik. Pemeriksaan Eyes dilakukan dengan perintah untuk membuka mata dan sentuhan jika

tidak berespon terhadap suara maka diberikan rangsangan nyeri.

Referensi: Rosyidi K (2013). *Prosedur praktik keperawatan*. Trans Info Media. Jakarta

82. Jawaban: C. Gangguan pertukaran gas
Kata kunci: Pernapasan

Pembahasan: Perubahan Analisa gas darah merupakan gambaran adanya gangguan pertukaran gas

Referensi: Standar Diagnosis keperawatan Indonesia, 2016

83. Jawaban: E. Nyeri akut

Kata kunci: Keluhan nyeri pada perut, nyeri dirasakan terus menerus dengan skala nyeri 8, nyeri tekan pada titik Mc. Burney, dan tanda Rovsing (+).

Pembahasan: Apendicitis adalah peradangan mukosa apendiks yang kemudian meluas, menimbulkan gejala nyeri abdomen akut pada kuadran kanan bawah, dapat disertai dengan demam, mual, dan muntah. Nyeri dan sakit perut pada apendiks terjadi karena hiperperistaltik. Pada palpasi didapatkan titik nyeri tekan kuadran kanan bawah atau titik Mc. Burney dan ini merupakan tanda-tanda diagnostik.

Referensi: Black & Hawks. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Management Klinis Untuk hasil Yang Diharapkan*. Edisi 8. Buku 2. Jakarta: Elsevier.

Lemone P. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Gastrintestinal*. Edisi 5. Jakarta: EGC.

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

84. Jawaban: C. Sela iga ke 4 garis sentral kanan**Kata kunci: Perawat telah memasang sandapan di V1.**

Pembahasan: EKG merupakan kegiatan merekam aktivitas listrik jantung, sandapan elektroda standar yang di pasang di perikordial adalah:

V1 : sela iga ke 4 garis sterna kanan

V2 : sela iga ke 4 garis sterna kiri

V3 : antara V2 dan V4

V4 : sela iga ke 5 garis midklavikula

V5 : Sejajar V4 garis anterior axial

V6 : Sejajar V5 garis mid axila

Maka pilihan jawaban selain D merupakan bukan sadapan elektroda V1

Referensi: Black & Hawks. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Management Klinis Untuk hasil Yang Diharapkan. Edisi 8. Buku 2.* Jakarta : Elsevier.

85. Jawaban: C. Asidosis Respiratori**Kata kunci: Hasil Pemeriksaan: AGD didapatkan nilai pH 7,30 ; PaCO₂ 58 mmHg ; PO₂ 80 mmHg ; HCO₃ 24 mEq/L.**

Pembahasan: Untuk melakukan interpretasi nilai AGD, langkah yang harus diperhatikan yaitu:

Langkah 1

Klasifikasi nilai PH : nilai PH normal 7,35-7,45 dalam soal nilai PH 7,30 (menurun) menandakan asidemia.

Langkah 2

Nilai PaCO₂ : nilai normal 35-45 mmHg, dalam soal 58 mmHg (meningkat) menandakan asidosis respiratorik.

Langkah 3

Nilai HCO₃⁻ dengan nilai normal 22-26, dalam soal normal, apabila menurun menandakan asidosis metabolic, dan apabila meningkat menandakan alkalosis metabolik.

Langkah 4

Tentukan adanya kompensasi dengan melihat PaCO₂ dan HCO₃⁻, apabila keduanya abnormal maka terdapat kompensasi. Apabila nilai salah satu abnormal, dan lainnya normal maka tidak terdapat kompensasi.

Nilai PaCO₂ pada soal mengalami peningkatan sehingga termasuk respiratorik.

Referensi: Black & Hawks. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Management Klinis Untuk hasil Yang Diharapkan. Edisi 8. Buku 2*. Jakarta: Elsevier.

86. Jawaban: E. EKG

Kata kunci: nyeri dada kiri sampai tembus ke punggung seperti diremas, dengan durasi ± 10 menit

Pembahasan: Pada kasus klien dengan riwayat penyakit kardiovaskuler, menjadi perhatian khusus apabila timbul nyeri dada. Hal ini bisa diakibatkan karena penurunan perfusi ke jaringan miokard dan berisiko terjadinya infark miokard. Nyeri dada yang khas pada kasus infark miokard adalah nyeri dada yang menjalar dengan durasi yang cukup panjang. Untuk memastikan apakah terjadi infark atau tidak perlu dilakukan rekam jantung menggunakan EKG.

Referensi: Black, Joyce M. & Hawks. (2014). *Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Positives Outcomes (8th Ed.)*. Singapore: Elseiver (Singapore) Pte L Tekanan Darah.

87. Jawaban: B. Penurunan curah jantung

Kata kunci: sesak napas, edema tungkai, *ejection fraction* 25%

Pembahasan: Penurunan curah jantung adalah suatu kondisi ketidak adekuatan jantung dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Dalam kasus tersebut menunjukkan data adanya sesak napas dengan gambaran foto thoraks efusi pleura, hal ini terjadi ketika terjadi perubahan beban awal (preload) di jantung yang mengakibatkan peningkatan tekanan saat pengisian ruang jantung.

Selain itu, Hasil Pemeriksaan: echocardiografi menunjukkan bahwa nilai *ejection fraction* kurang dari 40% artinya jantung mengalami penurunan kemampuan kontraktilitas sehingga tidak mampu memompa secara adekuat.

Referensi: Smeltzer, C & Bare, B.G. (2014). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Brunner & Suddarth (Edisi 10). Volume 3. Jakarta: EGC

88. Jawaban: A. Mengukur output urin

Kata kunci: terapi diuretik, edema pada kedua tungkai, asites

Pembahasan: Pada kasus ini klien mengalami masalah kelebihan cairan (hipervolemia). Pada kasus CHF dengan edema pulmo prinsip tindakan yang harus dilakukan adalah meringankan kerja jantung dengan cara mengurangi kelebihan cairan yang ada di dalam tubuh. Salah satunya adalah dengan pemberian diuretik. Diuretik adalah jenis obat yang digunakan untuk membuang kelebihan garam dan air dari dalam tubuh yang nantinya

akan dikeluarkan melalui urine. Sehingga evaluasi yang harus dilakukan setelah klien diberikan terapi diuretic adalah dengan mengukur output urine.

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

89. **Jawaban: B. Manajemen energi**

Kata kunci: semua aktivitas tidak dapat dilakukan secara mandiri, napas ngos-ngosan jika bergerak, peningkatan Frekuensi Nadi dan pernapasan setelah aktivitas

Pembahasan: Pada kasus tersebut masalah keperawatan utama adalah intoleransi aktivitas. Intoleransi aktivitas merupakan suatu kondisi dimana terjadi ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Pada kasus penyakit kardiovaskular disebabkan karena ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Supaya toleransi pasien terhadap aktivitasnya meningkat perlu adanya suatu upaya agar suplai dan kebutuhan oksigen adekuat perlu dilakukan manajemen aktivitas, di mana akan diidentifikasi aktivitas yang mampu dan tidak mampu untuk dilakukan kemudian Bersama dengan klien menentukan aktivitas yang dapat dilakukan sehari-hari.

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

Lewis, SL., Dirksen, SR., Heitkemper, MM, and Bucher, L. (2014). Medical surgical Nursing. Mosby: ELSIVER

90. **Jawaban: C. Melakukan persetujuan tindakan (informed consent)**

Kata kunci: Pasien direncanakan tindakan intervensi pemasangan stent

Pembahasan: Pemasangan stent atau *percutaneous coronary intervention* (PCI) merupakan suatu tindakan invasif yang dilakukan pada pasien dengan sumbatan di arteri koronaria yang bertujuan untuk melakuakn reperfusi. Oleh karena hal ini merupakan tindakan invasif dan memiliki beberapa efek samping dari yang tingkat ringan hingga sampai kematian.

Informed cosent atau persetujuan tindakan medis yang merupakan suatu persetujuan yang dibuat oleh pasien atau keluarganya, untuk memberikan izin terhadap dokter dalam melakukan serangkaian pemeriksaan, menetapkan diagnosis, melakukan pemeriksaan fisik dan penunjang medis dan melakukan tindakan medis tertentu kepada pasien. Persetujuan tindakan medis yang diberikan oleh pasien atau keluarganya harus bebas dari intervensi, tekanan atau ketakutan.

Referensi: Kern MJ. (2017). The Basics of Percutaneous Coronary Interventions. In: The Interventional Cardiac Catheterization Handbook

91. Jawaban: D. Penurunan curah jantung

Kata kunci: TEKANAN DARAH 90/60, *capillary refill time* 4 detik

Pembahasan: Sesuai kasus pasien mengalami distensi vena jugularis dan mengalami penurunan Tekanan Darah serta sudah mengalami gangguan sirkulasi ditandai dengan CPR > 2 dan akral dingin, ini mengindikasikan pasien mengalami penurunan curah jantung. Penurunan curah jantung artinya kemampuan jantung tepatnya ventrikel

kiri memompakan darah dalam 1 menit mengalami gangguan

Referensi: Black, J and Hawks, J.2014 Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk hasil yang di harapkan. Dialih bahasa oleh Nampira R. Jakarta: Salemba

92. **Jawaban: C. Kelebihan volume cairan**

Kata kunci: pasien tampak edema pada ekstremitas bawah dan abdomen, sudah 2 minggu tidak hemodialisis

Pembahasan: Sesuai Kasus pasien sudah mengalami udem pada ekstremitas dan asites

Referensi: Black, J and Hawks, J.2014 Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk hasil yang di harapkan. Dialih bahasa oleh Nampira R. Jakarta: Salemba

93. **Jawaban: E. Ketidak efektifan perfusi jaringan serebral**

Kata kunci: Tekanan Darah 160/90 mmhg, Mengalami kelemahan pada Ekstremitas sebelah kanan

Pembahasan: Sesuai kasus pasien mengalami Tekanan Darah meningkat, mengalami gangguan bicara, mengalami kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan dan kesadaran samnolen hal ini di sebabkan karena tidak efektifnya perfusi jaringan serebral

Referensi: Black, J and Hawks, J.2014 Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk hasil yang di harapkan. Dialih bahasa oleh Nampira R. Jakarta: Salemba

94. **Jawaban: C. Gangguan pertukaran gas**

Kata kunci: SPO₂ 80%, vokal fremitus -/-,

Pembahasan: Sesuai kasus tersebut pasien mengalami sesak dengan RR 30 x/I SPO2 80% indikasi pasien mengalami gangguan pertukaran gas.

Referensi: Black, J and Hawks, J.2014 Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk hasil yang di harapkan. Dialih bahasa oleh Nampira R. Jakarta: Salemba

95. **Jawaban: E. Mengajarkan bladder training**
Kata kunci: menilai fungsi kandung kemih

Pembahasan: Bladder training merupakan latihan berkemih pada pasien yang sudah lama terpasang kateter dan akan dilakukan pengecekan fungsi kandung kemih melalui bladder training memastikan agar setelah kateter dilepas pasien mampu BAK sendiri tanpa bantuan alat.

Referensi: Black, J and Hawks, J.2014 Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk hasil yang di harapkan. Dialih bahasa oleh Nampira R. Jakarta: Salemba

Contoh Soal Maternitas

Latihlah apa yang telah anda pelajari,
karena teori tanpa latihan seperti tubuh
tanpa jiwa.

Imam Hanafi
699 - 767 M

1. Perempuan, 17 tahun, mengalami perdarahan karena abortus Incompetete, di ruang rawat KIA. Hasil Pemeriksaan: pasien tampak geliasah, cemas, Tekanan Darah 100/60 mmHg, Frekuensi Nadi 88 x/ menit, Frekuensi napas 20 x/ menit, Suhu 36,80C, Pasien meminta kepada perawat untuk tidak menyampaikan masalah kegugurannya kepada orang tuanya. Rencana tindakan adalah curettage. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
 - A. Mendorong pasien untuk lebih terbuka kepada keluarga
 - B. Menyampaikan akan tetap menjaga rahasia
 - C. Meminta keluarga untuk pasien istirahat
 - D. Menjelaskan bahwa keluarga wajib tahu
 - E. Tetap memberi tahu keluarganya

2. Perempuan, 23 tahun, G1P0A0 hamil 8 minggu, datang ke klinik ANC, Hasil Pemeriksaan: pasien sering mual dan muntah pagi hari, makanan hanya habis 3 atau 4 sendok dan dilanjutkan dengan muntah. Tekanan Darah 100/60 mmHg, Frekuensi Nadi 80 x/menit, Frekuensi napas 20 x/menit, Suhu 370C. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
 - A. Kekurangan Nutrisi dari kebutuhan
 - B. Gangguan rasa nyaman mual
 - C. Risiko kekurangan nutrisi
 - D. Intake yang kurang
 - E. Kekurangan cairan

3. Perempuan, 21 tahun, G2 P0 A1, hamil 12 minggu, datang di klinik ANC, Hasil Pemeriksaan: pasien pernah mengalami keguguran tahun lalu saat hamil 18 minggu, sering merasa kram di perut saat kelelahan atau setelah berhubungan dengan suami. Tekanan Darah 130/80 mm Hg, Frekuensi Nadi 80 x/menit, Frekuensi napas 20

- x/menit. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Gangguan pola sexualitas
 - Gangguan psikologis cemas
 - Risiko injury abortus berulang
 - Gangguan kontraksi kehamilan
 - Gangguan aktivitas dan Istirahat
4. Perempuan, 22 tahun, G1P0A0 hamil 30 minggu, diantara suami ke klinik ANC. Hasil Pemeriksaan: mengalami kesulitan BAB, dengan upaya mengedan. Tekanan Darah 110/70 mm Hg, Frekuensi Nadi 80 x/menit, Frekuensi napas 20 x/menit. TFU, 32 cm, DJJ 120 x/menit. Apa edukasi prioritas pada kasus tersebut?
- Penggunaan korset dan baju hamil
 - Konsumsi makanan rendah serat
 - Makan makanan tinggi serat
 - Valsava manuver dikurangi
 - Aktivitas dan istirahat
5. Perempuan, 30 tahun, G3P2A0 hamil 30 minggu, datang ke UGD, mengeluh asmanya kambuh, dan kadang batuk. Hasil Pemeriksaan: sesak timbul pada saat membersihkan debu sofa rumah, Tekanan Darah 130/80 mmHg, Frekuensi Nadi 88x/menit, Frekuensi napas 25 x/menit. TFU 32 cm, DJJ 150x/menit. Apa rencana tindakan prioritas pada kasus tersebut?
- Kolaborasi pemberian bronkodilator
 - Pemberian oksigen sesuai anjuran
 - Pemeriksaan analisa gas darah
 - Ajurkan minum obat batuk
 - Beri minum obat antialergi

6. Perempuan, 22 tahun, datang ke poli kebidanan dengan keluhan mual muntah dan rasa tidak nyaman pada lambung. Saat dilakukan pengkajian, wajah terlihat pucat dan lemas, Tekanan Darah 100/70 mmHg, Frekuensi Nadi 70x/menit, pernapasan 20x/menit, Suhu 36,5°C, umur kehamilan 10 minggu. Apakah hormon yang berperan pada kasus tersebut?
- HCG
 - FSH
 - HPL
 - Estrogen
 - Progesterone
7. Perempuan, 22 tahun, post partum hari ke empat. Hasil Pemeriksaan:, bayinya tidak bisa menyusui dengan benar, payudara terlihat bengkak mengkilap, puting susu datar, saat palpasi payudara terasa keras dan hangat dan ibu mengatakan nyeri pada payudaranya. Perawat melakukan pemeriksaan fisik Hofman Sign untuk melihat hal tersebut. Bagaimanakah prosedur Hofman sign yang betul untuk dilakukan pada pasien tersebut?
- Ibu jari menekan puting
 - Jari telunjuk menekan puting
 - Telapak tangan memalpasi puting
 - Ibu jari dan jari telunjuk meregangkan puting
 - Jari telunjuk dan jari tengah meregangkan puting
8. Perempuan, 27 tahun, pasca persalinan normal hari kedua. Hasil Pemeriksaan: ada luka episiotomi, jahitan masih basah, ekspresi wajah meringis saat merubah posisi tidur. Perawat akan melakukan pemeriksaan fisik pada area anogenital. Apakah yang harus perawat lakukan terlebih dahulu?
- Memasang perlak
 - Memeriksa haemoroid

- C. Memeriksa tanda reeda
 - D. Memasang sarung tangan
 - E. Memberikan posisi nyaman
9. Perempuan, 19 tahun, melakukan pemeriksaan ANC. Status obstetric G1P0A0, keadaan umum baik, Tekanan Darah 120/90 mmHg, RR:22x/menit, N:84x/menit, S:36°C, umur kehamilan 34 minggu. Perawat akan melakukan pemeriksaan Leopold I. Apakah yang pertama kali dilakukan dalam pemeriksaan Leopold I?
- A. Menentukan adanya ballotemen
 - B. Perawat membuka pakaian di daerah abdomen
 - C. Perawat berdiri di sebelah kanan dan menghadap klien
 - D. Kedua tangan perawat mengumpulkan uterus ke tengah
 - E. Membandingkan hasil pengukuran tfu dengan lamanya amenorea
10. Perempuan datang ke IGD Maternal dirujuk dari klinik dengan indikasi perdarahan postpartum dan plasenta tertinggal di dalam. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 60/50 mmHg, RR: 40x/menit, Frekuensi Nadi 130/menit, Suhu 35°C. Darah terus mengalir dari vagina, mulai mengalami penurunan kesadaran. Apakah diagnosis prioritas yang dapat ditegakan dari kasus tersebut?
- A. Nyeri berhubungan dengan trauma jaringan
 - B. Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian
 - C. Risiko tinggi cedera berhubungan dengan Hipoksia jaringan
 - D. Penurunan kardiak *output* berhubungan dengan perdarahan dalam jumlah besar
 - E. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan terganggunya aliran/sirkulasi darah

11. Perempuan, 29 tahun, datang ke Puskesmas untuk memeriksa kehamilan. Hasil Pemeriksaan: kehamilan ketiga, anak pertama keguguran, anak kedua lahir secara normal. Bagaimana cara penulisan status obstetri pada kasus tersebut?
- A. G3P1A0
 - B. G3P1A1
 - C. G3P2A0
 - D. G3P2A1
 - E. G3P2A2
12. Perempuan, 30 tahun, dirawat di Ruang Delima RS Ibu dan anak, ibu bersalin secara normal, bayi lahir dengan normal dan selamat. Saat ini ibu masih ditangani oleh perawat untuk tindakan kala 3. Hasil Pemeriksaan: terhadap ibu didapat Tekanan Darah 130/80 mmHg, Frekuensi Nadi 90 x/menit, Frekuensi Napas 18 x/menit, Suhu 37 °C. Bayi dalam dekapan ibu (bonding attachment). Apakah tanda-tanda kala 3 pada kasus tersebut?
- A. Rahim lunak, keluar darah tiba-tiba, tali pusat menjulur keluar
 - B. Rahim lunak, keluar darah tiba-tiba, tidak ada kontraksi uterus
 - C. Rahim membulat dan lunak, keluar darah, kontraksi uterus melemah
 - D. Rahim membulat dan lunak, keluar darah, tali pusat menjulur keluar
 - E. Rahim terasa lunak, keluar darah tiba-tiba dari jalan lahir, tidak ada kontraksi uterus
13. Perempuan, 38 tahun, Hamil 43 minggu, G1P0A0 datang dengan keluhan: tidak merasakan mules, dengan kehamilan yang sudah lewat dari perkiraan HPL. Hasil Pemeriksaan: dalam: belum ada pembukaan, serviks kaku, dengan effacement 0%. DJJ 130 x/ menit, teratur.

Pemeriksaan USG, air ketuban berkurang dan terlihat pengapuran pada plasenta. Pasien dilakukan tindakan induksi persalinan dengan oxitocyn. Manakah tindakan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Monitor Suhu tiap jam
- B. Posisi ibu miring ke kiri
- C. Beri oksigen 4-6 liter/ menit
- D. Monitor DJJ tiap 30 menit
- E. Perhatikan adanya hiperrefleksi patela

14. Seorang ibu telah melahirkan secara spontan pada pukul 23.00 gal 06 November 2022 pukul 20.00. Anda melakukan pengkajian fisik dan melakukan tindakan keperawatan pada ibu tersebut. Perilaku etik dalam keperawatan salah satunya adalah memberikan tindakan dan pengobatan yang bermanfaat bagi klien, Apakah perilaku etik dalam memberikan tindakan?

- A. Asas menghormati otonomy klien (autonomy)
- B. Asas tidak merugikan (non -maleficence)
- C. Pemberian pembelaan (advocacy)
- D. Asas manfaat (beneficence)
- E. Asas kejujuran (veracity)

15. Ibu hamil dengan status obstetri G4P2A1 datang ke klinik kandungan, pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan HPHT pada tanggal 2 September 2021, Setelah itu perawat melakukan perhitungan tapsiran partus dengan menggunakan rumus Naegele. Berdasarkan data di atas, tanggal berapakah ibu hamil tersebut diperkirakan partus?

- A. 05 juni 2022
- B. 09 juni 2022
- C. 09 juli 2022
- D. 05 juli 2022
- E. 06 juli 2022

16. Perempuan, 30 tahun, G2P1A0 hamil 40 minggu dirawat di ruang bersalin. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 120/90 mmHg, Frekuensi Nadi 80 x/menit, Frekuensi Napas 20 x/menit, keluar lender bercampur darah, kontraksi 3x setiap 10 menit, lama 40 detik, DJJ 140 x/menit, pembukaan serviks 10 cm, ketuban belum pecah, nyeri dan ingin mengejan ketika his. Apakah intervensi yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Anjurkan teknik relaksasi napas dalam
 - B. Jelaskan persiapan persalinan
 - C. Berikan makan dan minum
 - D. Jelaskan posisi bersalin
 - E. Anjurkan mengedan
17. Perempuan, 35 tahun, P3A0 postpartum spontan hari ke tiga, mendapat kunjungan perawat dirumah. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 120/80 mmHg, Frekuensi Nadi 80 x/menit, Frekuensi Napas 20 x/menit, Suhu 37⁰ C, pasien mengeluh kesulitan menyusui bayi, ASI keluar tidak lancar, nyeri kedua payudara, payudara teraba keras dan puting susu masuk ke dalam. Apakah intervensi keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Menganjurkan ibu untuk selalu menyusui bayinya
 - B. Kolaborasi untuk memberikan obat anti nyeri
 - C. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar
 - D. Mengkompres hangat pada payudara ibu
 - E. Melakukan perawatan payudara
18. Perempuan, 28 tahun, G1P0A0 hamil 27 minggu, datang ke Puskesmas bersama suami. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 140/90 mmHg, Frekuensi Nadi 80 x/menit, Frekuensi Napas 20 x/menit, Suhu 37⁰ C, pasien mengeluh pusing, gerakan janin dirasa cukup aktif, wajah dan kaki tidak edema, TFU 2 jari diatas pusat, DJJ 144x/menit. Apakah pemeriksaan diagnostik untuk kasus tersebut?

- A. Protein urin
 - B. Kimia darah
 - C. Haemoglobin
 - D. Darah lengkap
 - E. Gula darah sewaktu
19. Perempuan, 33 tahun, G3P2A0, hamil 33 minggu datang ke poli kandungan bersama suami. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 120/80 mmHg, Frekuensi Nadi 80 x/menit, Frekuensi Napas 20 x/menit, Suhu 37°C, pasien mengeluh perdarahan, dan tidak nyeri saat bangun tidur, hasil USG plasenta previa marginalis. Apakah tindakan yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Pemeriksaan dalam
 - B. Menghentikan perdarahan
 - C. Pemeriksaan palpasi Leopold
 - D. Mengukur kadar proteinuria
 - E. Observasi kesejahteraan janin (DJJ & gerakan)
20. Perempuan, 22 tahun, G1P0A0 hamil 16 minggu, diantar suaminya ke RS dengan keluhan mengeluarkan bercak darah dari jalan lahir. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 110/70 mmHg, Frekuensi Nadi 80 x/menit, Frekuensi Napas 18 x/menit, Suhu 37°C, pasien mengeluh pusing, lemas, dan cemas akan kehamilannya. Apakah intervensi keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Tirah baring
 - B. Kurangi aktivitas
 - C. Kolaborasi pemeriksaan usg
 - D. Pemberian nutrisi tinggi protein
 - E. Kolaborasi pemberian obat penguat kandungan
21. Perempuan, 20 tahun, G1P0A0, umur kehamilan 39 minggu, datang ke RS dengan keluhan mulas sejak 10 jam yang lalu. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 120/80

mmHg, Frekuensi Nadi 92x/menit, Frekuensi Napas 24x/menit, TFU 30 cm, kepala sudah masuk 3/5, pembukaan serviks 7 cm, selaput ketuban masih utuh. Pasien memasuki inpartu kala I. Apakah fase persalinan pada kasus tersebut?

- A. Laten
- B. Transisi
- C. Deselerasi
- D. Akselerasi
- E. Dilatasi maksimal

22. Perempuan, 28 tahun, P2A0, melahirkan spontan bayi Laki-laki, di ruang bersalin. Hasil pdngkajian: seluruh tubuh bayi merah muda, denyut jantung lebih dari 100 x/menit, flexi ekstremitas, batuk bersin dan menangis kuat, APGAR skor 9/10. Perawat telah melakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat, serta melakukan inisiasi menyusui dini. Apakah tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?

- A. Menghisap lendir
- B. Memandikan bayi
- C. Memberikan rangsangan bernapas
- D. Manajemen aktif kala iii persalinan
- E. Memberikan suntikan vitamin K1 mg

23. Perempuan, 22 tahun, P2A0, melahirkan bayi Laki-laki, 10 menit yang lalu. Hasil Pemeriksaan: kontraksi uterus keras, tali pusat memanjang dan plasenta muncul di introitus vagina. Tindakan yang dilakukan perawat adalah melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Apakah tindakan perawat selanjutnya pada kasus tersebut?

- A. Masase fundus uterus
- B. Inisiasi menyusui dini
- C. Lakukan tindakan dorso-kromial
- D. Berikan suntikan oksitosin 10 Unit
- E. Periksa adanya laserasi jalan lahir

Pembahasan Soal Maternitas

Ilmu adalah sesuatu yang bermanfaat,
bukan sesuatu yang dihafalkan.

Imam Syafi'i
727-820 M

1. **Jawaban: B. Menyampaikan akan tetap menjaga rahasia**
Kata kunci: Pasien umur 17 tahun, mengalami perdarahan karena abortus Incompete, di ruang rawat KIA Pasien tampak gelisah dan cemas, dan meminta kepada perawat untuk tidak menyampaikan masalah kegugurannya kepada orang tuanya

Pembahasan: Secara etik, perawat harus menjaga kerahasiaan pasien, dalam etika keperawatan disebut confidentiality (kerahasiaan), apalagi pada kasus pasien belum siap untuk bersikap jujur kepada keluarga. Pasien punya hak untuk tidak menceritakan permasalahannya kepada orang lain meskipun itu orang tuanya sendiri. Pada etika disebut Autonomy (otonomi) mampu mengambil keputusan sendiri dan ini merupakan hak pasien dalam menentukan kebutuhannya.

Referensi: Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., & Bobak, I.M, (2020) Maternity and Women's Health Care, 12 Edition, California; Mosby

2. **Jawaban: c. Risiko kekurangan nutrisi**
Kata kunci: G1P0A0 hamil 8 minggu, mual dan muntah. makanan hanya habis 3 atau 4 sendok dan dilanjutkan dengan muntah.

Pembahasan: Pasien sedang hamil trimester pertama yaitu 8 minggu. Secara konsep pada tahap kehamilan trimester pertama, biasanya ada perubahan fisiologi pada semua system tubuh, khususnya kasus ini system pencernaan. Dimana masa hamil ini terjadi peningkatan hormone estrogen dan progesterone berdampak terpicunya mual dengan gambaran seperti premenstrual dan berdampak pada esofagus bawah dan mempengaruhi lambung sehingga timbul masalah, mual. Kondisi mual muntah

tidak adanya masukkan makanan ke dalam tubuh dan juga ada yang keluar. Sehingga data ini sangat mendukung masalah risiko kekurangan nutrisi.

Referensi: Olds, Sally B, London, M.L, Ladewig, P.A (2020) Maternal-Newborn Nursing, 6 Edition, New Jersey; Prentice Hall Health

3. **Jawaban: C. Risiko injury abortus berulang**
Kata kunci: Pasien pernah mengalami keguguran tahun, lalu saat umur kehamilan 18 minggu, keluhan saat ini sering merasa kram di perut, atau setelah berhubungan dengan suami

Pembahasan: Seorang Ibu yang pernah mengalami keguguran harus hati hati karena berisiko untuk mengalami keguguran berulang, sehingga di sarankan untuk tidak melakukan hubungan seksual di 3 bulan pertama kehamilan karena sperma mengandung prostaglandin, hubungan suami istri disarankan dilakukan dengan menggunakan kondom dan tidak merangsang puting karena dapat menimbulkan kontraksi rahim. Masalah yang prioritas pada kasus tersebut adalah Risiko injury pada janin, kemungkinan keguguran berulang.

Referensi: Olds, Sally B, London, M.L, Ladewig, P.A (2020) Maternal-Newborn Nursing, 6 Edition, New Jersey; Prentice Hall Health

4. **Jawaban: c. Makan makanan tinggi serat**
Kata kunci: Sering mengalami kesulitan BAB, dengan upaya mengedan.

Pembahasan: Ibu hamil pada umur kehamilan trimester III (30 mgg) sering mengalami kesulitan BAB, dimana adanya

penekanan usus besar oleh janin yang makin membesar, dan adanya fisiologis masa kehamilan, dimana peristaltik usus menurun, yang mengakibatkan reflex haustral melambat. Sementara proses penyerapan cairan dalam usus terus berjalan, sehingga sisa makan dalam usus mengering, Ibu hamil perlu diedukasi agar dapat beradaptasi dengan kondisinya dengan mengonsumsi makanan tinggi serat feses tidak mengering dan sangat baik dengan tidak mengurangi minum.

Referensi: Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., & Bobak, I.M, (2020) *Maternity and Women's Health Care*, 12 Edition, California; Mosby

5. **Jawaban: b. Pemberian oksigen sesuai anjuran**
Kata kunci: asmanya kambuh, dan kadang batuk, sesak timbul pada saat membersihkan debu sofa rumah, Frekuensi napas 25 x/menit

Pembahasan: Pasien ini mempunyai riwayat asma, dengan pernyataan "kambuh" Asma timbul dengan ada respon tubuh mukosa bronchus membengkak, sehingga terjadi penyempitan saluran napas bronchus. Kondisi ini mengakibatkan inspirasi dan ekspirasi terganggu, dengan manifestasinya adalah sesak. Pada kasus, kondisinya darurat. Tindakan PRIORITAS adalah pemberian oksigen sesuai anjuran dengan adanya kolaborasi dengan dokter.

Pilihan yang lain bisa diberikan tentunya sesuai tahapan dan kondisi pasien dimana semua nya adalah tindakan terapi yang harus ada kerja kolaborasi.

Referensi: Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., & Bobak, I.M, (2020) *Maternity and Women's Health Care*, 12 Edition, California; Mosby

6. **Jawaban: a. hormon HCG**

Kata kunci: Mual muntah dan kehamilan

Pembahasan: Peningkatan kadar hormon selama masa kehamilan, salah satunya adalah peningkatan human chorionic gonadotropin (hCG) dan estrogen yang berdampak pada tingginya sensitif terhadap aroma atau bau tertentu, stress selama hamil dan pembesaran ukuran rahim yang membuat lambung tertekan.

Referensi: Bobak, (2004) Keperawatan Maternitas. Edisi 4. Alih bahasa Lawdermik, dkk Jakarta: EGC.

Bobak, M. Irene. (2000) Perawatan Maternitas dan Ginekologi.

7. **Jawaban: d. ibu jari dan jari telunjuk meregangkan puting**

Kata kunci: Pemeriksaan fisik Hofman Sign

Pembahasan: Pemeriksaan payudara postpartum dilakukan dengan inspeksi dan palpasi. nyeri payudara, dan milk leakage dapat memuncak pada hari ke-3 hingga ke-5 setelah melahirkan. Engorgement disebabkan oleh ASI yang tidak dikeluarkan, sehingga terjadi kongesti ASI, darah, dan limfe. Hal ini menyebabkan payudara terasa panas, keras, mengkilap, dan nyeri.

Referensi: Casion, dkk. (2013). Keperawatan Maternitas. Jakarta: Elsevier.

8. **Jawaban: d. memasang sarung tangan**

Kata kunci: Pemeriksaan fisik pada area anogenital

Pembahasan: Dalam melakukan tindakan keperawatan yang berhubungan dengan area anogenital, yang perlu kita

selalu ingat adalah penggunaan handskoen/ sarung tangan karena ini adalah salah satu alat protektif diri bagi perawat.

Referensi: Bobak L. 2005. Keperawatan Maternitas Edisi 4. Jakarta: EGC.

9. **Jawaban: c. perawat berdiri di sebelah kanan dan menghadap klien**

Kata kunci: Leopold I

Pembahasan: Pemeriksaan Leopold umumnya dilakukan di umur kehamilan 34-36 minggu ke atas. Pemeriksaan Leopold terdiri dari 4 tahap. Tujuan Leopold 1 yaitu untuk mengetahui tinggi fundus uteri, posisi dan presentasi janin. Pemeriksaan ini dilakukan dengan meraba rahim melalui perut ibu dengan posisi pemeriksa berdiri disebelah kanan dan menghadap ibu.

Referensi: Reeder, Martin, Koniak-Griffin. (2014). Keperawatan maternitas volume 1. Jakarta: EGC.

10. **Jawaban: e. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan terganggunya aliran/sirkulasi darah**

Kata kunci: Perdarahan postpartum

Pembahasan: Perdarahan postpartum terjadi ketika ibu yang baru saja melahirkan kehilangan darah lebih dari 500 ml dalam kurun waktu 24 jam atau dalam jangka waktu 6 minggu pertama setelah bayi lahir. Kondisi ini membutuhkan penanganan yang tepat karena bisa mengancam nyawa sang ibu. Maka di perlukan pengakajian yang lengkap untuk bisa menegakkan diagnosis keperawatan agar tidak terjadi komplikasi yang mematikan.

Referensi: Reeder, Martin, Koniak-Griffin. (2014). Keperawatan maternitas volume 1. Jakarta: EGC.

11. **Jawaban: b. G3P1A1**

Kata kunci: Kehamilan ketiga, anak pertamanya keguguran, anak kedua lahir secara normal.

Pembahasan: Rumus Obstetri adalah G (Gestasi=kehamilan), P (Partus=kelahiran), A (Abortus=keguguran). Sehingga sangat jelas dari kasus tersebut ibu Hamil ke tiga, anak pertama keguguran, anak kedua lahir secara normal. Maka rumus obstetrinya adalah G3P1A1.

Referensi: Bobak, I.M & Jensen, M.D. (2004). (Alih bahasa: Maria Wijarini dkk). Buku ajar keperawatan maternitas. Edisi 4, Jakarta: EGC

Lowdermilk, Perry, Chasion. (2013). Keperawatan Maternitas. Edisi 8. Buku 2. Singapura: Elsevier Mosby

12. **Jawaban: e. Rahim teraba lunak, keluar darah tiba-tiba dari jalan lahir, tidak ada kontraksi uterus**

Kata kunci: Saat ini ibu masih ditangani oleh perawat untuk tindakan kala 3

Pembahasan: Kala 3 persalinan adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta dimulai dari setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Sedangkan tanda-tanda kala 3 yang muncul pada ibu bersalin normal adalah rahim membulat dan mengeras, keluar darah secara tiba-tiba, tali pusat menjulur keluar.

Referensi: Bobak, I.M & Jensen, M.D. (2004). (Alih bahasa: Maria Wijarini dkk). Buku ajar keperawatan maternitas. Edisi 4, Jakarta: EGC

Lowdermilk, Perry, Chasion. (2013). Keperawatan Maternitas. Edisi 8. Buku 2. Singapura: Elsevier Mosby

13. **Jawaban: d. Monitor DJJ tiap 30 menit**

Kata kunci: Pemeriksaan USG, air ketuban berkurang dan terlihat pengapuran pada plasenta

Pembahasan: Janin yang mengalami fetal distress dapat dideteksi melalui pemeriksaan detak jantung janin yang lebih cepat atau lebih lambat, salah satu cara yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya gawat janin adalah melakukan pemeriksaan kehamilan dengan memantau DJJ per 30 menit. Dengan begitu, kesehatan janin dapat terpantau dengan baik.

Referensi: Bobak, I.M & Jensen, M.D. (2004). (Alih bahasa: Maria Wijarini dkk). Buku ajar keperawatan maternitas. Edisi 4, Jakarta: EGC

Lowdermilk, Perry, Chasion. (2013). Keperawatan Maternitas. Edisi 8. Buku 2. Singapura: Elsevier Mosby

14. **Jawaban: D. Asas manfaat (beneficence)**

Kata kunci: Perawat melakukan pengkajian fisik dan melakukan tindakan keperawatan pada ibu tersebut.

Pembahasan: Beneficence merupakan tindakan yang dilakukan untuk kebaikan orang lain. Prinsip moral beneficence adalah kewajiban moral untuk melakukan suatu tindakan demi kebaikan atau kemanfaatan orang lain (pasien).

Referensi: Hasyim, dkk. 2012. Etika Keperawatan. Yogyakarta

15. **Jawaban: b. 09 juni 2022**

Kata kunci: HPHT pada tanggal 2 September 2021

Pembahasan: Rumus menentukan Tapsiran Persalinan dengan metode NEAGLE adalah hari +7, bulan -3, tahun, +1. Jadi, apabila dimasukkan tanggal HPHT 2 September 2021, maka TP Ibu tanggal 9 juni 2021.

Referensi: Lowdermilk, Perry, Chasion. (2013). Keperawatan Maternitas. Edisi 8. Buku 2. Singapura: Elsevier Mosby

16. **Jawaban: B. Jelaskan persiapan persalinan.**

Kata kunci: Persalinan

Pembahasan: Hasil Pemeriksaan: nyeri, keluar lendir dan darah melalui jalan lahir, kontraksi 3x setiap 10 menit dan lamanya 50 detik, DJJ 140x/menit, pembukaan serviks 10 cm, ketuban belum pecah, merupakan tanda gejala ibu masuk pada fase kala 2, maka intervensi yang tepat adalah menjelaskan persiapan persalinan.

Keluar lender bercampur darah, kontraksi 3x setiap 10 menit, lama 40 detik, DJJ 140 x/menit, pembukaan serviks 10 cm, ketuban belum pecah, nyeri dan ingin mengejan ketika his, merupakan tanda gejala ibu masuk pada kala 2, maka intervensi yang tepat adalah menjelaskan persiapan persalinan.

Referensi: Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. Alih Bahasa: Felicia & Anesia (2013) Keperawatan Maternitas Buku I. Ed 8. Jakarta: Salemba Medika.

17. Jawaban: E. melakukan perawatan payudara**Kata kunci: Perawatan payudara**

Pembahasan: Postpartum spontan hari ke tiga, pasien mengeluh kesulitan menyusui bayi, ASI keluar tidak lancar, nyeri kedua payudara, payudara terasa keras dan puting susu masuk ke dalam membutuhkan perawatan payudara untuk mengurangi bendungan ASI, sehingga ASI dapat keluar lancar dan nyeri berkurang. Selain itu dalam perawatan payudara juga dilakukan penarikan puting susu yang masuk ke dalam.

Referensi: Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. Alih Bahasa: Felicia & Anesia (2013) Keperawatan Maternitas Buku I. Ed 8. Jakarta: Salemba Medika.

Padila. 2014. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Yogyakarta: Nuha Medika.

18. Jawaban: A. protein urin**Kata kunci: Kehamilan, protein urin**

Pembahasan: Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 140/90 mmHg, pasien mengeluh pusing, wajah dan kaki tidak edema dicurigai ibu menderita preeklampsia mengingat Tekanan Darahnya pada batas atas normal (borderline). Pasien terdiagnosis preeklampsia jika Tekanan Darahnya diatas batas borderline tersebut atau dapat diklasifikasikan preeklampsia jika disertai proteinurine (+), disertai atau tidak adanya edema, keluhan pusing, nyeri ulu hati dan pandangan kabur.

Referensi: Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. Alih Bahasa: Felicia & Anesia (2013) Keperawatan Maternitas Buku I. Ed 8. Jakarta: Salemba Medika.

19. **Jawaban: E. observasi kesejahteraan janin (DJJ & gerakan)**

Kata kunci: observasi kesejahteraan janin (DJJ & gerakan)

Pembahasan: Hamil 33 minggu, mengeluh perdarahan, dan tidak nyeri saat bangun tidur, hasil USG plasenta previa marginalis. Adanya perdarahan berisiko menurunkan suplai darah ke janin sehingga berisiko stress janin. Oleh karena itu diperlukan tindakan observasi ketat kesejahteraan janin (DJJ & gerakan). Jika tanda stress janin muncul, maka ibu harus segera dilakukan operasi sektio sesaria.

Referensi: Reeder, S.J., Martin, L.L., D.K. Alih Bahasa: Yati Afyanti, et. al (2011). Keperawatan Maternitas Kesehatan pada Perempuan, Bayi, dan juga pada Keluarga Volume 1 (Bab 15). Jakarta: EGC

20. **Jawaban: A. tirah baring**

Kata kunci: Kehamilan, tirah baring

Pembahasan: Hamil 16 minggu, mengeluarkan bercak darah dari jalan lahir, pasien mengeluh pusing, lemas, dan cemas akan kehamilannya, dicurigai abortus iminens (ancaman abortus). Pada kasus ini tidak diperkenankan pemeriksaan dalam, berbahaya akan merangsang terjadinya perdarahan, jadi tindakannya dengan tirah baring (bed rest). Ketika perdarahan berhenti dan Hasil Pemeriksaan: USG janin dalam kondisi baik, maka kehamilan dapat dipertahankan, sebaliknya jika kondisi janin memburuk/mati harus segera dilakukan kuretase.

Referensi: Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. Alih Bahasa: Felicia & Anesia (2013) Keperawatan Maternitas Buku I. Ed 8. Jakarta: Salemba Medika.

21. **Jawaban: E. dilatasi maksimal**

Kata kunci: umur kehamilan 39 minggu, datang ke RS dengan keluhan mulas sejak 10 jam yang lalu, TFU 30 cm, kepala sudah masuk 3/5, pembukaan serviks 7 cm, selaput ketuban masih utuh. Pasien memasuki inpartu kala I.

Pembahasan:

A. Laten

Fase laten dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap, pembukaan servix 0-3 cm dan biasanya berlangsung di bawah hingga 8 jam

B. Transisi

Fase transisi adalah kala persalinan ketika serviks berdilatasi dari sekitar 8 cm sampai dilatasi penuh (atau hingga kontraksi ekspulsif yang terjadi pada kala dua mulai dirasakan oleh ibu) sering kali intensitas aktivitas uterus berhenti sejenak pada saat ini

C. Deselerasi

Deselerasi adalah fase aktif persalinan, dimana pembukaan menjadi lambat yaitu pembukaan serviks 9-10 cm, berlangsung 2 jam

D. Akselerasi

Akselerasi adalah fase aktif persalinan yang dimulai dari pembukaan serviks 3-4 cm, berlangsung 2 jam)

E. Dilatasi maksimal

Dilatasi maksimal adalah fase aktif persalinan dimana pembukaan serviks berlangsung sangat cepat dari pembukaan 4-9 cm, berlangsung 2 jam

Referensi:

1. Lowdermilk, Perry & Cashion. (2013). Keperawatan Maternitas. Elsevier. Singapore.
2. Varney, H. 2007. Buku Ajar Asuhan Kebidanan. Jakarta: EGC.

22. **Jawaban: D. Manajemen aktif kala III persalinan**

Kata kunci: P2A0, melahirkan spontan bayi Laki-laki, di ruang bersalin, seluruh tubuh bayi merah muda, denyut jantung lebih dari 100 x/menit, flexi ekstremitas, batuk bersin dan menangis kuat, APGAR skor 9/10. Perawat melakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat, serta melakukan inisiasi menyusui dini.

Pembahasan:

A. Menghisap lendir.

Tindakan ini tidak perlu dilakukan karena bayi lahir menangis kuat

B. Memandikan bayi.

Memandikan bayi dilakukan setelah Suhu bayi stabil atau 6 jam setelah dilahirkan

C. Memberikan rangsangan bernapas

Pada kasus tersebut, memberikan rangsangan bernapas tidak perlu dilakukan karena bayi sudah meenangis kuat, AS 9/10.

D. Manajemen aktif kala III persalinan

Pada asuhan persalinan normal setelah dilakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat dan melakukan inisiasi menyusui dini dilanjutkan dengan manajemen aktif kala III persalinan

E. Memberikan suntikan vitamin K1 mg

Dilakukan dalam satu jam pertama, bersama dengan pemberian salep/tetes mata profilaksis infeksi, dan pemeriksaan fisik bayi baru lahir

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

23. **Jawaban: A. Masase fundus uterus**

Kata kunci: Melahirkan bayi Laki-laki, 10 menit yang lalu, kontraksi uterus kuat, tali pusat memanjang dan plasenta muncul di introitus vagina. Tindakan yang dilakukan perawat adalah melahirkan plasenta dengan kedua tangan.

Pembahasan:

A. Masase uterus

Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

B. Inisiasi menyusui dini

Tindakan ini dilakukan setelah pemotongan dan pengikatan tali pusat.

C. Lakukan tindakan dorso-kranial

Tindakan ini dilakukan pada saat penegangan tali pusat terkendali.

D. Berikan suntikan oksitosin 10 Unit

Diberikan dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir

E. Periksa adanya laserasi jalan lahir

Tindakan ini dilakukan setelah masase uterus dan pemeriksaan pada ke dua sisi plasenta.

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

Contoh Soal

Jiwa

Berniatlah yang baik, anda akan selalu berada dalam keadaan baik selama berniat baik.

Imam Hambali
780 - 855 M

1. Laki-laki, 45 tahun, dirawat di RS Jiwa. Hasil Pemeriksaan: penampilan kotor, mengurung diri dikamar dan sikap bermusuhan. Informasi dari keluarga pasien mengurung diri karena malu tidak dapat melanjutkan sekolah. Saat ini pasien sendiri dikamarnya, pasien menatap tajam ke arah sudut ruangan secara terus menerus. Apakah diagnosis keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
 - A. Halusinasi
 - B. Isolasi sosial
 - C. Harga diri rendah
 - D. Defisit perawatan diri
 - E. Risiko perilaku kekerasan

2. Laki-laki, 47 tahun, dirawat di RS Jiwa untuk kedua kalinya sejak seminggu yang lalu karena sering mengurung diri, tidak mau merawat diri, menolak minum obat dan marah tanpa sebab. Hasil Pemeriksaan: pasien curiga terutama pada orang lain yang pertama kali menemuinya, pasien mengatakan ada yang mencoba untuk menculiknya. Apakah tujuan tindakan keperawatan yang paling tepat untuk pasien saat ini?
 - A. Klien mampu bersosialisasi secara bertahap
 - B. Klien mampu berorientasi terhadap realitas
 - C. Klien mampu mengontrol perasaan marahnya
 - D. Klien akan mengkonsumsi obat-obatan tanpa kesulitan
 - E. Klien mampu melakukan kebersihan diri dan berhias tanpa bantuan

3. Laki-laki, 36 tahun, dirawat di RS Jiwa. Hasil Pemeriksaan: berdiam diri dikamar, menatap ke arah tempat tidur kosong dengan kesal. Rambut acak-acakan dan penampilan tidak rapi. Saat perawat berbincang dengannya, pasien mengatakan masa depannya sudah hancur karena dirawat

- di RS jiwa. Apakah diagnosis keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- Halusinasi
 - Isolasi sosial
 - Harga diri rendah
 - Defisit perawatan diri
 - Risiko perilaku kekerasan
4. Perempuan, 35 tahun, dirawat di RS Jiwa sejak 3 hari yang lalu. Pada saat pengkajian pasien tidak mau menjelaskan alasan mengapa pasien memukul ibunya karena pasien meyakini ada yang mengetahui isi pikirannya. Apakah gangguan proses pikir yang dialami pasien tersebut?
- Hipokondria
 - Sisip pikir
 - Siar pikir
 - Nihilistik
 - Bizzare
5. Perempuan, 27 tahun, dirawat di RSJ. Hasil Pemeriksaan: pasien mengatakan ia orang yang tidak berguna tidak mampu, mengurung diri dan tidak merawat diri karena tak ingin ilmunya luntur tersiram air. Pasien menolak dengan suara keras saat diminta mandi. Saat perawat menemui pasien tampak sedih, mengatakan keluarga sudah membuangnya karena sakitnya saat ini. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Waham
 - Isolasi sosial
 - Defisit perawatan diri
 - Harga diri rendah kronis
 - Gangguan persepsi sensori
6. Laki-laki, 36 tahun, di rawat di RSJ dengan harga diri rendah kronik sejak 1 bulan yang lalu. Klien mengatakan

tidak mempunyai kelebihan, selalu gagal dan telah ditinggal suaminya sejak 7 bulan yang lalu. Hasil Pemeriksaan: klien sering menunduk dan tidak berani menatap perawat. Saat ini pasien sudah mampu memilih aspek positif dan kemampuan yang akan dilatih. Apakah tindakan selanjutnya yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?

- A. Fasilitasi klien bercerita tentang keberhasilannya
 - B. Berikan pujian untuk setiap kegiatan yang dilakukan dengan baik
 - C. Latih aspek positif atau kemampuan yang dipilih dengan memotivasi yang positif
 - D. Diskusikan aspek positif dan kemampuan yang pernah dan masih dimiliki klien
 - E. Bantu klien menilai aspek positif dan kemampuan yang masih dimiliki dan dapat digunakan atau dilakukan
7. Perempuan, 30 tahun, dirawat di RSJ dengan harga diri rendah kronik. Hasil Pemeriksaan: klien mempunyai riwayat gangguan jiwa sejak 3 tahun yang lalu, klien pernah mengalami kegagalan cita-citanya untuk menjadi polisi perempuan tidak tercapai, klien tidak mau berinteraksi dengan orang lain. Apakah faktor Sosiokultural pada kasus tersebut?
- A. Hereditas
 - B. Krisis identitas
 - C. Kegagalan dalam hubungan sosial
 - D. Kegagalan dalam mencapai cita-cita
 - E. Pengalaman negatif terhadap gambaran diri
8. Seorang laki-laki, 40 tahun, dirawat di RSJ sejak 2 bulan yang lalu dengan skizofrenia. Hasil Pemeriksaan: pasien tidak mau bersosialisasi teman seuangan, lebih suka menyendiri sendiri, afek klien sedih, kontak mata tidak

ada, dan tidak bersemangat. Saat ini pasien sudah mampu menyampaikan keuntungan berbincang dengan orang lain. Apakah intervensi selanjutnya pada kasus tersebut?

- A. Latih klien berkenalan.
- B. Beri reinforcement positif.
- C. Diskusikan keuntungan melakukan kegiatan bersama orang lain.
- D. Latih klien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari.
- E. Latih klien kegiatan sosial: berbelanja, kerumah ibadah, kearisan, ke bank dan lain-lain.

9. Seorang laki-laki, 38 tahun, dirawat di RSJ dengan isolasi sosial. Klien mengatakan tidak mau berhubungan dengan orang lain dan lebih suka menyendiri. Hasil Pemeriksaan: klien menunjukkan sikap permusuhan, sering melakukan tindakan berulang dan afek tumpul. Apakah tanda gejala subjektif mayor pada kasus tersebut?

- A. Merasa tidak nyaman ditempat umum
- B. Merasa berbeda dengan orang lain
- C. Tindakan berulang
- D. Ingin sendiri
- E. Afek tumpul

10. Perempuan, 25 tahun, dibawa ke RSJ oleh keluarga karena susah tidur, mondar-mandir, dan tidak minum obat sejak 2 bulan yang lalu. Pasien mengatakan suaminya sering memarahinya dan saat ini sudah dicerai. Hasil Pemeriksaan: pakaian tidak rapi, bicara dan tersenyum sendiri, menolak berinteraksi dengan orang lain, dan mondar-mandir. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut ?

- A. Halusinasi
- B. Isolasi sosial
- C. Harga diri rendah

- D. Perilaku kekerasan
 - E. Defisit perawatan diri
11. Perempuan, 24 tahun, dirawat di RSJ karena marah-marah tanpa sebab. Pasien mengatakan "Ibu saya mau meracuni saya karena dia tidak suka dengan calon suami saya, pokoknya saya tidak mau makan makanan yang diberikan oleh ibu saya". Hasil Pemeriksaan: Afek labil, mondar mandir dan gelisah. Apakah tujuan tindakan keperawatan pada kasus tersebut ?
- A. Meningkatkan harga dirinya.
 - B. Merawat diri secara mandiri.
 - C. Berorientasi pada realita secara bertahap.
 - D. Berinteraksi dengan orang lain secara bertahap.
 - E. Pasien dapat menyalurkan energi marahnya secara konstruktif.
12. Laki-laki, 34 tahun, dirawat di RSJ ketiga kalinya karena marah-marah tanpa sebab. Keluarga mengatakan pasien menolak minum obat karena merasa mengantuk setelah minum obat. Hasil Pemeriksaan: perawat saat ini pasien masih menolak minum obat karena menurut pasien tidak membawa perbaikan pada dirinya. Perawat mendiskusikan tentang jenis obat yang diminum. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?
- A. Menjelaskan manfaat minum obat
 - B. Menginformasikan proses minum obat
 - C. Mendiskusikan dengan keluarga manfaat minum obat
 - D. Memberikan informasi akibat tidak teratur minum obat
 - E. Membantu menemukan perbedaan sebelum dan sesudah minum obat
13. Perempuan, 25 tahun, datang ke poli dalam rawat jalan, dia mengatakan bahwa tubuhnya terdapat virus COVID-19,

setelah dilakukan pemeriksaan dan hasil laboratorium menyatakan bahwa pasien sehat dan tidak ada tanda gejala ke penyakit COVID-19. Akan tetapi pasien yakin dengan terus mengatakan bahwa saya sedang terserang virus dan sekarang sudah tidak bisa bernapas lagi karena paru-parunya merasa sudah rusak. Apakah jenis waham pada kasus tersebut?

- A. Curiga
- B. Agama
- C. Somatik
- D. Nihilistik
- E. Kebesaran

14. Perempuan, 17 tahun, diagnosis skizofrenia, dirawat di RSJ karena sering keluyuran sejak 2 bulan yang lalu. Pasien mengatakan mendengar ada suara yang memanggil-manggil dirinya. Hasil Pemeriksaan: pasien melamun dan kadang-kadang bicara sendiri. Pasien sudah mampu menyebutkan jenis dan isi halusinasi, mengatakan tahu keadaan dan perasaan saat muncul halusinasi, tetapi belum mampu mengontrol halusinasi tersebut. Apakah intervensi keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?

- A. Bantu mengenali halusinasi
- B. Latih teknik menghardik halusinasi
- C. Ajarkan cara minum obat dengan benar
- D. Anjurkan pasien bercakap-cakap dengan orang lain
- E. Dorong untuk melakukan kegiatan tertentu saat mendengar suara-suara

15. Perempuan, 33 tahun, dirawat di RSJ karena bicara sendiri sejak 10 hari yang lalu. Pasien mengatakan mendengar suara-suara yang memanggil dirinya. Hasil Pemeriksaan: pasien tampak memandang ke satu arah. Perawat membantu pasien mengenal halusinasi yang dialami. Saat ini mampu menyebutkan isi, waktu, frekuensi dan situasi

- yang menyebabkan halusinasi. Apakah intervensi selanjutnya yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- A. Melatih cara menghardik halusinasi
 - B. Mengajarkan cara minum obat dengan benar
 - C. Memotivasi melakukan kegiatan sesuai jadwal
 - D. Mendiskusikan perasaan saat halusinasi muncul
 - E. Menganjurkan bercakap-cakap dengan orang lain
16. Perempuan, 28 tahun, dirawat di RSJ karena tidak merawat diri dan mengurung diri dikamarnya sejak 7 hari yang lalu. Perawat sudah melatih pasien untuk mandi dan keramas. Apakah tindakan keperawatan pada pertemuan selanjutnya pada kasus tersebut?
- A. Cara membersihkan diri
 - B. Cara makan dan minum
 - C. Cara minum obat
 - D. Cara berdandan
 - E. Cara eliminasi
17. Laki-laki, 31 tahun, dirawat di RSJ karena memecahkan meja ruang tamu dan memukul anaknya. sejak seminggu yang lalu. Hasil Pemeriksaan: pasien sudah lebih tenang dan kooperatif. Saat ini pasien sudah mampu menarik napas dalam dan memukul bantal setiap kali merasa kesal dengan sesama pasien, Apakah tindakan perawat selanjutnya pada kasus tersebut?
- A. Latih minum obat
 - B. Latihan bicara asertif.
 - C. Ajarkan ibadah dengan rutin.
 - D. Tetap lanjutkan terapi yang ada
 - E. Latihan sosialisasi dengan minta maaf
18. Laki-laki, 30 tahun, dirawat di RSJ sejak seminggu yang lalu karena suka menyendiri dan mengurung diri. Hasil Pemeriksaan: pasien tampak diam, tidak mau bicara, dan

kontak mata kurang. Saat ini pasien sudah mau diajak bicara selama 10 menit tetapi tetap menunduk dan bicara seperlunya. Apakah tindakan perawat selanjutnya pada kasus tersebut ?

- A. Latih minum obat
- B. Mengajari berkenalan
- C. Menulis jadwal kegiatan
- D. Mengajari berkenalan dengan teman lain
- E. Membahas tentang keuntungan punya teman

19. Perempuan, 22 tahun, dirawat di RSJ sejak 5 hari yang lalu karena tidak mau bergaul dan mengurung diri dikamar. Hasil Pemeriksaan: pasien tidak mau bicara dan tidak menatap perawat. Saat ditanya hanya menggeng-gelengkan kepala, tidak mampu memulai pembicaraan, dan pasien mengatakan dirinya merasa malu dibawa ke RSJ. Apakah data subyektif yang mendukung masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?

- A. Lebih banyak diam
- B. Kontak mata kurang
- C. Lebih banyak menyendiri
- D. Menunjukkan komunikasi non verbal
- E. Ungkapan malu dirinya dibawa ke RS

20. Perempuan, 45 tahun, datang ke poli bedah untuk kontrol. Setelah dokter memperlihatkan hasil pemeriksaan CT scan dan biopsi, dokter mengatakan bahwa pasien menderita Ca Cervix stadium IV. Spontan pasien mengatakan “bagaimana saya bisa menderita penyakit ini”, “ini tidak mungkin”, “hasil ini salah”. Apakah kondisi yang dialami oleh pasien?

- A. Anger
- B. Denial
- C. Bargaining
- D. Depression

E. Acceptance

21. Perempuan, 30 tahun, diantar ke poli jiwa dengan riwayat perilaku kekerasan. Menurut keluarga, pasien selalu menolak minum obat dan hanya minum air putih saja. Perawat melakukan kolaborasi dengan dokter agar memberikan obat bentuk sediaan cair dan bening seperti air. Apakah prinsip etik yang diterapkan pada kasus tersebut?
- A. Autonomi
 - B. Beneficence
 - C. Veracity
 - D. Fidelity
 - E. Justice
22. Laki-laki, 21 tahun, adalah seorang mahasiswa keperawatan. Tn. A mengeluh semalam tidak bisa tidur karena mengetahui bahwa besok pagi akan ujian proposal skripsi. Sudah banyak buku yang ia baca. Pagi-pagi ia nampak mondar-mandir di kampus, mengeluh perut mulas. Saat ditanya penyebabnya, ia menjawab, "Saya takut tidak bisa menjawab pertanyaan penguji nanti". Apa tindakan keperawatan untuk kasus tersebut?
- A. Melatih relaksasi
 - B. Membantu klien agar berdaya
 - C. Melatih kemampuan positif klien
 - D. Mendiskusikan makna hidup klien
 - E. Membantu klien meningkatkan citra tubuhnya
23. Seorang laki-laki, 18 tahun, sudah 3 hari di rawat di RSJ. Saat dikaji tiba-tiba pasien mengatakan: "suster, suara itu datang lagi dan menyuruh saya keluar dari rumah dan membunuh tetangga." Pasien sering menyendiri di kamar, kontak mata kurang, kadang tersenyum, tertawa, mulut komat-kamit seperti sedang ada yang diajak berbicara.

- Ekspresi pasien tampak ketakutan. Apakah tindakan perawat pada kasus tersebut?
- A. Melatih klien berbincang-bincang
 - B. Melatih kemampuan positif
 - C. Melatih tarik napas dalam
 - D. Melatih orientasi realita
 - E. Melatih berkenalan
24. Perempuan, 18 tahun, dirawat di sebuah RS dengan kondisi fraktur kaki kanan dan diamputasi akibat kecelakaan lalu lintas. Ia mengatakan tidak mau bertemu dengan orang lain, merasa tidak cantik lagi, malu dengan kondisi kakinya yang tidak bisa berjalan lagi dan tidak bisa melakukan apapun. Apa tindakan keperawatan untuk pasien ini?
- A. Membantu klien meningkatkan citra tubuhnya
 - B. Melatih relaksasi : tarik napas dalam
 - C. Mendiskusikan makna hidup klien
 - D. Melatih kemampuan positif klien
 - E. Membantu klien agar berdaya
25. Laki-laki, 45 tahun, dibawa ke RSJ karena mengamuk dirumah, memukul istri. Data yang didapat pasien melolot, tangan menggepal, napas cepat, dan mengatakan "lepaskan saya". Keluarga pasien mengatakan pasien mulai mudah emosi dan marah sejak tiga minggu yang lalu, karena istri pasien menggugat cerai pasien. Pasien memiliki riwayat dirawat di RSJ sebanyak tiga kali dan sudah tidak minum obat 8 bulan yang lalu. Apakah faktor presipitasi pada kasus tersebut?
- A. Genetik
 - B. Putus obat
 - C. Mengamuk dirumah
 - D. Digugat cerai oleh istri
 - E. Memiliki riwayat dirawat di RSJ

26. Perempuan, 17 tahun, di bawa ke RSJ karena gelisah, tidak bisa tidur, bicara kacau, dan tidak mau kuliah sejak 1 bulan yang lalu. Selama di IGD pasien gelisah terus menerus, dan membenturkan kepalanya ke tembok. Perawat menjelaskan kepada keluarga bahwa perlu dilakukan restrain pada pasien dan menyuntikan obat penenang. Tetapi keluarga menolak. Apakah tindakan perawat selanjutnya?
- A. Menyiapkan formulir rawat jalan
 - B. Memasukan pasien keruang isolasi
 - C. Memberikan edukasi manfaat minum obat
 - D. Membujuk keluarga pasien agar tetap dirawat
 - E. Menyiapkan formulir inform consent penolakan tindakan
27. Laki-laki, 35 tahun, telah dirawat di RSJ selama 10 hari. Pasien tidak menunjukkan kemajuan kondisi setelah diberikan terapi medikasi. Pasien direncanakan untuk diberikan terapi ECT, tetapi keluarga menolak sehingga pasien tidak dilakukan ECT. Apakah prinsip etik yang dilakukan penuh pada kasus tersebut?
- A. Autonomy
 - B. Beneficence
 - C. Veracity
 - D. Fidelity
 - E. Justice
28. Perempuan, 40 tahun, dibawa ke RSJ karena gelisah, tidak bisa tidur, bicara kacau, dan mudah marah. Pasien telah dirawat lima hari, saat ini kondisi pasien lebih tenang, konsentrasi meningkat, tidak lagi mendominasi, nada bicara mulai turun. Pasien telah dilatih mengontrol marah dengan cara verbal. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?

- A. Melatih pasien mengontrol marah dengan cara spiritual
 - B. Mengikuti terapi aktivitas kelompok sosialisasi
 - C. Melatih pasien melakukan hal yang disukai
 - D. Menilai aspek positif yang dimiliki pasien
 - E. Melatih pasien perawatan diri
29. Laki-laki, 50 tahun, di bawa ke RSJ karena pasien mengamuk di rumah, merusak alat rumah tangga dan memukul istrinya. Pasien mengatakan pusing dan kesal mendengar suara ditelinganya yang mengejek dirinya pengangguran, menyusahkan keluarga dan tidak berguna secara terus menerus. Akibatnya pasien membanting barang sekitar agar suara tidak lagi terdengar. Apakah diagnosis utama pada kasus tersebut?
- A. Risiko perilaku kekerasan
 - B. Halusinasi pendengaran
 - C. Harga diri rendah kronis
 - D. Defisit perawatan diri
 - E. Isolasi sosial
30. Laki-laki, 40 tahun, dipasung di halaman belakang rumah dengan rantai dikaki dan tangan kanannya oleh keluarga sejak 2 tahun, yang lalu. keluarga mengatakan pasien dirantai karena marah-marah dan keluyuran tidak pulang. Selama dipasung keluarga hanya datang memberikan makan dan minum saja karena harus bekerja disawah. Hasil Pemeriksaan: tidak ada respon ketika ditanya, kondisi klien kotor, bau, kuku panjang dan hanya menggunakan sarung. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut ?
- A. Defisit perawatan diri
 - B. Perilaku kekerasan
 - C. Harga diri rendah
 - D. Isolasi sosial

E. Halusinasi

31. Laki-laki, 32 tahun, dibawa ke RSJ karena melempar kaca rumah dan memecahkan genteng tetangga sekitarnya. Pasien mengatakan ada yang menyuruhnya karena semua tetangganya jahat dan mengejek pasien. Hasil Pemeriksaan: pasien bicara dan tertawa sendiri dan selalu menyendiri. Perawat membantu pasien mengenal halusinasi yang dialami, menjelaskan cara mengontrol halusinasi serta mengajarkan pasien cara menghardik dengan halusinasi. Apakah tindakan selanjutnya yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- A. Menyusun jadwal latihan
 - B. Melatih pasien minum obat
 - C. Mengajarkan cara menghardik
 - D. Mengevaluasi jadwal kegiatan latihan
 - E. Menganjurkan bercakap-cakap dengan orang lain
32. Perempuan, 24 tahun, dibawa ke RSJ oleh keluarga karena mengurung diri dikamar selama 7 bulan. Keluarga mengatakan pasien tidak mau berbicara dengan siapapun dan mengurung diri dikamar sejak tunangnya meninggal karena kecelakaan 1 tahun, yang lalu. Perawat mendekati pasien untuk menyapa dan memperkenalkan diri, kemudian menunggu respon pasien beberapa detik tetapi pasien hanya diam dan tidak menoleh kearah perawat. Apakah teknik komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- A. Silent
 - B. Refleksi
 - C. Listening
 - D. Restating
 - E. Focusing

33. Perempuan, 21 tahun, dirawat di RSJ karena dirumah marah-marah dan membanting barang. Pasien mengatakan kesal jika ada orang yang mengejek dan mengatakan tidak berguna. Diruang rawat inap perawat telah melatih pasien cara mengontrol marah dengan Latihan fisik dan melatih minum obat dengan prinsip 8 benar. Pasien dapat mempraktekkannya dengan baik. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?
- A. Melatih pasien berbicara dengan asertif
 - B. Mengajarkan latihan fisik tarik napas dalam
 - C. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan
 - D. Melatih mengontrol marah dengan pukuk kasur/bantal
 - E. Melatih mengendalikan marah dengan kegiatan ibadah sesuai kepercayaan
34. Perempuan, 25 tahun, dibawa keluarga ke RSJ karena marah-marah dan bicara kasar sejak 2 bulan yang lalu. Pasien mengatakan benci dengan kekasihnya dan ingin mencelakainya. Hasil Pemeriksaan: nada bicara keras, mata melotot dan mengepalkan tangan. Perawat telah mengidentifikasi alasan pasien marah yaitu karena kekasihnya menikah dengan orang lain. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?
- A. Menyusun jadwal kegiatan latihan
 - B. Mengajarkan latihan fisik tarik napas dalam
 - C. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan
 - D. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
 - E. Membantu pasien mengenal penyebab perilaku kekerasan
35. Laki-laki, 42 tahun, diberikan asuhan keperawatan oleh perawat CMHN ke rumahnya. Setelah dilakukan pengkajian, perawat memberikan intervensi yaitu dengan

- menggali kemampuan positif yang dimiliki pasien. Apakah data subjektif yang didapatkan oleh perawat tersebut saat pengkajian?
- A. "saya ini orang bodoh"
 - B. "saya lebih baik mati saja, suster"
 - C. "saya tidak punya teman di sini, suster"
 - D. "saya melihat hantu kalau saya sedang sendiri"
 - E. "saya tidak suka kalau keinginan saya tidak dituruti"
36. Perempuan, 37 tahun, mengikuti senam sehat yang diadakan oleh puskesmas. Perawat memperhatikan ibu tersebut tampak sering menarik bajunya untuk menutupi perutnya. Menurut klien perutnya dipenuhi striae gravidarum, bekas hamil dulu. Setelah senam perawat membantu klien menerima kondisinya dan mendiskusikan cara untuk menutupi striae gravidarum tersebut. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya?
- A. Melatih klien berpikir positif
 - B. Membantu klien untuk bersosialisasi
 - C. Melatih pembentukan tubuh yang ideal
 - D. Menganjurkan klien untuk menggunakan kosmetik
 - E. Memotivasi klien untuk menyentuh bagian yang terganggu
37. Laki-laki, 29 tahun, dirawat di sebuah RSJ. Pasien mengatakan bahwa dirinya sudah meninggal dan saat ini dia berada di surga dengan para bidadari. Perawat merencanakan TAK untuk pasien. Apakah TAK yang tepat untuk pasien tersebut?
- A. Halusinasi
 - B. Sosialisasi
 - C. Orientasi realita
 - D. Stimulasi sensori
 - E. Stimulasi persepsi umum

38. Perempuan, 33 tahun, dirawat di RSJ karena mengamuk dan merusak barang-barang di rumah. Sudah 2 minggu pasien dirawat di ruang tenang. Saat ini klien tampak murung, kontak mata cukup baik, afek tumpul, penampilan cukup bersih dan rapi. Selama di ruang tenang, pasien sudah diberikan intervensi komunikasi terapeutik untuk defisit perawatan diri. Apakah evaluasi keperawatan pada pasien tersebut?
- A. Pasien mandi lebih dari 2 kali sehari
 - B. Pasien mampu menggunakan make-up
 - C. Pasien memahami cara mandi yang benar
 - D. Pasien mempraktikkan mandi dengan benar
 - E. Pasien memahami tujuan mandi dengan benar
39. Perempuan, 16 tahun, dirawat di sebuah RS setelah menjadi korban ruda paksa. Saat dikaji pasien mengatakan hidupnya hancur dan tidak mungkin dia melanjutkan sekolah/kuliahnya, tidak ada gunanya hidup. Pasien tampak pasif dan afek datar. Menurut keluarga, pasien juga sulit tidur dan tidak selera makan. Apakah masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Ansietas
 - B. Keputusanasaan
 - C. Harga diri rendah
 - D. Ketidakberdayaan
 - E. Gangguan citra tubuh

Pembahasan Soal Jiwa

Bukan ilmu yang harus datang kepada anda,
tapi andalah yang harus datang menjemput ilmu

Imam Malik
712 -795 M

1. Jawaban: a. halusinasi**Kata kunci: "tatapan mengarah ke satu titik"**

Pembahasan:

- a. Pasien mengalami halusinasi: pasien sendiri dikamarnya, pasien menatap tajam ke arah sudut ruangan secara terus menerus
- b. Isolasi social: data pengkajian awal, bukan saat ini (masalah utama)
- c. Harga diri rendah: data pengkajian awal, bukan saat ini (masalah utama), informasi dari keluarga
- d. deficit perawatan diri: data pengkajian awal, bukan saat ini (masalah utama)
- e. Risiko perilaku kekerasan: data pengkajian awal, bukan saat ini (masalah utama), kemarahan saat ini juga dipicu halusinasi

Referensi: Stuart, G. W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed.). Elsevier Mosby.

2. Jawaban: B. Klien mampu berorientasi terhadap realitas**Kata kunci: pasien curiga pada orang lain****pasien mengatakan ada yang mencoba untuk menculiknya**

Pembahasan:

- a. Tujuan tindakan keperawatan yang tepat untuk kasus waham
- b. Tujuan tindakan keperawatan untuk deficit perawatan diri
- c. Tujuan tindakan keperawatan untuk isolasi sosial
- d. Tujuan tindakan keperawatan untuk ketidakpatuhan minum obat
- e. Tujuan tindakan keperawatan untuk risiko perilaku kekerasan

Referensi: Keliat, B.A. dkk (2019). Asuhan keperawatan jiwa. Jakarta: EGC

3. **Jawaban: c. harga diri rendah**
Kata kunci: Ungkapan masa depan hancur

Pembahasan:

- a. Klien tidak mengalami halusinasi, data pengkajian awal, bukan saat ini (masalah utama)
- b. Klien tidak mengalami isolasi social, data pengkajian awal, bukan saat ini (masalah utama)
- c. Klien mengalami harga diri rendah
- d. Data defisit perawatan data pengkajian awal, bukan saat ini (masalah utama)
- e. Risiko perilaku kekerasan, data pengkajian awal, bukan saat ini (masalah utama)

Referensi: Stuart, G. W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed.). Elsevier Mosby.

4. **Jawaban: c. Siar pikir**
Kata kunci: "mengetahui isi pikiran"

Pembahasan:

- a. Hipokondria adalah keyakinan bahwa ada masalah atau gangguan pada tubuhnya yang tidak bisa dibuktikan kebenarannya melalui pemeriksaan fisik
- b. Sisip pikir adalah keyakinan bahwa ada yang memasukkan pikirannya ke pasien
- c. Siar pikir adalah keyakinan bahwa pikirannya bisa didengarkan oleh orang lain
- d. Keyakinan bahwa dirinya tidak ada atau tidak nyata
- e. Keyakinan salah yang sangat ekstrim

Referensi: Stuart, G. W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed.). Elsevier Mosby.

5. **Jawaban: D. harga diri rendah kronis**

Kata kunci: Menilai diri negatif

Pembahasan:

Data fokus mengatakan ia orang yang tidak berguna tidak mampu, keluarga membuangnya karena mengalami gangguan jiwa

Data Subjektif

- a) Menilai diri negatif/mengkritik diri
- b) Merasa tidak berarti/tidak berharga
- c) Merasa malu/minder
- d) Merasa tidak mampu melakukan apapun
- e) Meremehkan kemampuan yang dimiliki
- f) Merasa tidak memiliki kelebihan Data Objektif

Data Objektif

- a) Berjalan menunduk
- b) Postur tubuh menunduk
- c) Ekspresi muka datar
- d) Enggan mencoba hal baru
- e) Menolak penilaian positif tentang dirinya
- f) Melebih-lebihkn penilaian negatif tentang dirinya

Referensi: Keliat BA, dkk (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Penerbit EGC. Jakarta

6. **Jawaban: C. Latih aspek positif atau kemampuan yang dipilih dengan memotivasi yang positif.**

Kata kunci: Intervensi keempat pada klien HDRK

Pembahasan:

Intervensi pada klien HDRK

- a. Diskusikan aspek positif dan kemampuan yang pernah dan masih dimiliki klien.
- b. Bantu klien menilai aspek positif dan kemampuan yang masih dimiliki dan dapat digunakan atau dilakukan.
- c. Bantu klien memilih aspek positif atau kemampuan yang akan dilatih.
- d. Latih aspek positif atau kemampuan yang dipilih dengan memotivasi yang positif.
- e. Berikan pujian untuk setiap kegiatan yang dilakukan dengan baik.
- f. Fasilitasi klien bercerita tentang keberhasilannya.
- g. Bantu klien membuat jadwal latihan untuk membudayakan.
- h. Bantu klien menilai manfaat latihan yang dilakukan.

Referensi: Keliat BA, dkk (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Penerbit EGC. Jakarta

7. **Jawaban: C. Kegagalan dalam hubungan social**
Kata kunci: Faktor Psikologis pada klien HDRK

Pembahasan: Faktor biologis

- Herediter
- Riwayat penyakit atau trauma kepala
- Riwayat penggunaan NAPZA

Faktor psikologis

- Pengalaman negatif terhadap gambaran diri, krisis identitas
- Kegagalan dalam mencapai cita-cita

Faktor Sosiokultural

- Kegagalan dalam hubungan sosial

Referensi: Yusuf AH, dkk (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Penerbit Salemba Medika

8. **Jawaban: C. Diskusikan keuntungan melakukan kegiatan bersama orang lain.**

Kata kunci: Intervensi pertama pada klien isolasi sosial

Pembahasan: Intervensi pada klien isolasi sosial:

- a. Diskusikan keuntungan berinteraksi dengan orang lain
- b. Diskusikan keuntungan melakukan kegiatan bersama orang lain
- c. Latih klien berkenalan
- d. Latih klien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari
- e. Latih klien kegiatan sosial: berbelanja, kerumah ibadah, ke arisan, ke bank dan lain-lain

Referensi: Keliat BA, dkk (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Penerbit EGC. Jakarta

9. **Jawaban: D. Ingin sendiri**

Kata kunci: Tanda dan gejala objektif mayor klien isolasi sosial.

Pembahasan:

A. Mayor

- 1) Subjektif
 - a) Ingin sendiri
 - b) Merasa tidak nyaman ditempat umum
 - c) Merasa berbeda dengan orang lain
- 2) Objektif
 - a) Menarik diri
 - b) Menolak melakukan interaksi
 - c) Afek datar

- d) Afek sedih
- e) Afek tumpul
- f) Tidak ada kontak mata
- g) Tidak bergairah atau lesu

B. Minor

1) Subjektif

- a) Menolak berinteraksi dengan orang lain
- b) Merasa sendirian
- c) Merasa tidak diterima
- d) Tidak mempunyai sahabat

2) Objektif

- a) Menunjukkan permusuhan
- b) Tindakan berulang
- c) Tindakan tidak berarti
- d) Perkembangan terlambat
- e) Anggota subkultural tertentu
- f) Kondisi difabel
- g) Tidak mampu memenuhi harapan orang lain
- h) Menunjukkan permusuhan
- i) Riwayat ditolak

Referensi: Keliat BA, dkk (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Penerbit EGC. Jakarta

10. Jawaban: A. halusinasi

Kata kunci: Bicara dan tersenyum sendiri

Pembahasan: Halusinasi adalah gejala gangguan jiwa berupa respon panca indera, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan pengecapan terhadap sumber yang tidak jelas. Tanda dan gejala halusinasi adalah menyatakan mendengarkan suara bisikan, melihat bayangan, atau merasakan sesuatu

melalui indera perabaan, penciuman, mengarahkan ke telinga ke arah tertentu, dan melihat ke satu arah.

Pada kasus ini semua masalah keperawatan pasien terdapat pada pilihan jawaban, sehingga jika yang ditanyakan masalah keperawatan yang utama maka harus menemukan masalah keperawatan aktual yang menjadi core problem pasien dibawa ke IGD. Halusinasi menjadi jawaban karena merupakan masalah keperawatan yang actual terjadi akibat obat yang tidak rutin diminum sehingga menyebabkan pasien susah tidur dan gelisah. Halusinasi berada pada tahap comforting yang ditandai dengan bicara dan tersenyum sendiri, menyebabkan pasien lebih nyaman berinteraksi dengan halusinasi sehingga menolak/menghindari interaksi dengan orang lain dan mengabaikan perawatan dirinya. Oleh karena itu harus dilakukan intervensi mengontrol halusinasi agar pasien mampu berinteraksi dengan orang lain, meningkatkan harga diri dan mengatasi masalah lain yang muncul.

Referensi: Stuart, G.W. (2016). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed). St. Louis: Mosby Elsevier

11. **Jawaban: c. Berorientasi pada realita secara bertahap.**
Kata kunci: Meracuni, afek labil

Pembahasan: Pada kasus, menggambarkan ungkapan pasien adalah data masalah keperawatan waham curiga. Intervensi keperawatan pada pasien waham antara lain membantu orientasi realita, mendiskusikan kebutuhan yang tidak terpenuhi, membantu memenuhi kebutuhannya, mendiskusikan tentang kemampuan yang dimiliki, dan melatih kemampuan yang dimiliki.

Referensi: Stuart, G.W. (2016). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed). St. Louis: Mosby Elsevier

12. **Jawaban: A. menjelaskan manfaat minum obat.**
Kata kunci: Pasien masih menolak minum obat

Pembahasan: Marah-marah tanpa sebab merupakan manifestasi dari masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan, yaitu respon terhadap perasaan terancam berupa ancaman fisik atau ancaman terhadap konsep diri yang diekspresikan dengan mengancam, mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan. Tindakan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan adalah mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang dilakukan, menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan, mempraktekkan latihan cara mengontrol dengan cara fisik I, fisik II, cara verbal, cara spiritual dan minum obat. pada kasus menggambarkan Hasil Pemeriksaan: perawat terhadap kemampuan pasien dalam minum obat dan pilihan jawaban merupakan prosedural mengajarkan pada pasien Latihan minum obat dengan benar.

1. Mendiskusikan dengan pasien jenis obat yang diminum
2. Mendiskusikan manfaat minum obat dengan teratur
3. Membantu menemukan perbedaan sebelum dan sesudah minum obat
4. Menjelaskan bahwa dosis hanya boleh diubah oleh dokter
5. Menjelaskan akibat tidka teratur minum obat
6. Mendiskusikan proses minum obat:
 - a. pasien meminta obat pada perawat (di RS) atau pada keluarga (di rumah),
 - b. pasien memeriksa obatnya sesuai dosisnya
 - c. pasien meminta obat pada waktu yang tepat

- d. pasien mengevaluasi pelaksanaan minum obat dengan mengisi jadwal kegiatan harian
7. Mendiskusikan dengan keluarga tentang obat-obatan pasien dan cara pemberian obat

Referensi: Stuart, G.W. (2016). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed). St. Louis: Mosby Elsevier

13. **Jawaban: c. somatic**

Kata kunci: pasien yakin dengan terus mengatakan bahwa saya sedang terserang virus

Pembahasan: Waham somatik, adalah keyakinan seseorang bahwa tubuh atau sebagian tubuhnya terserang penyakit, diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya meyakini bahwa dirinya mengalami sakit jantung dan segera meninggal, atau mengalami kanker yang sulit disembuhkan

Referensi: Stuart, G.W. (2016). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed). St. Louis: Mosby Elsevier

14. **Jawaban: B. Latih teknik menghardik halusinasi**

Kata kunci: Pasien belum mampu mengontrol halusinasi tersebut

Pembahasan: Pada kasus menggambarkan perawat memberikan intervensi pada masalah keperawatan halusinasi. Pada kasus, perawat telah memberikan intervensi membantu pasien mengenali halusinasi dengan berdiskusi tentang halusinasi yang dialami, yaitu menyebutkan jenis dan isi halusinasi, mengatakan tahu keadaan dan perasaan saat muncul halusinasi, tetapi belum mampu mengontrol halusinasi tersebut yang berarti telah diajarkan Latihan cara mengontrol tapi belum

memiliki koping mengontrolnya sehingga harus diajarkan latihan kembali secara bertahap mulai dari tehnik pertama yaitu Latihan menghardik halusinasi.

Intervensi halusinasi adalah sebagai berikut:

- Membantu pasien mengenali halusinasi
- Melatih pasien mengontrol halusinasi
 - a. Menghardik halusinasi
 - b. Menggunakan obat secara teratur
 - c. Bercaka-cakap dengan orang lain
 - d. Melakukan aktiitas yang terjadwal

Referensi: Stuart, G.W. (2016). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed). St. Louis: Mosby Elsevier

15. **Jawaban: D. mendiskusikan perasaan saat halusinasi muncul**

Kata kunci: Perawat membantu pasien mengenal halusinasi yang dialami. Saat ini mampu menyebutkan isi, waktu, frekuensi dan situasi yang menyebabkan halusinasi

Pembahasan: Intervensi keperawatan pada halusinasi adalah sebagai berikut:

- 1) Membantu pasien mengenali halusinasi
Untuk membantu pasien mengenali halusinasi dapat dilakukan dengan cara mendiskusikan tentang isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon pasien saat halusinasi muncul. Pada kasus perawat belum mendiskusikan tentang respon (pikiran, perasaan, tindakan) saat halusinasi muncul, sehingga harus dilakukan sebelum mengajarkan intervensi selanjutnya.
- 2) Melatih pasien mengontrol halusinasi

- a. Melatih Menghardik halusinasi
- b. Melatih cara minum obat secara teratur
- c. Melatih Bercaka-cakap dengan orang lain
- d. Melatih Melakukan aktiitas yang terjadwal

Referensi: Stuart, 2015

16. **Jawaban: D. Cara berdandan**

Kata kunci: Hasil Pemeriksaan: pasien tampak sudah mandi. Perawat sudah melatih pasien untuk membersihkan diri. Yang ditanyakann Sp setelah mandi/Sp 2

Pembahasan:

- a. Cara mandi yang benar (Sp 1/ sudah diajarkan)
- b. Cara makan yang benar (Sp 3)
- c. Cara minum obat yang benar (tidak ada dalam Sp Depisit perawatan diri/ DPD)
- d. Cara berdandan yang benar (SP 2 DPD untuk perempuan, Laki-laki, bercukur)
- e. Cara eliminasi yang benar (Sp 4)

Referensi: Stuart, 2015

17. **Jawaban: A. Latih minum obat**

Kata kunci: pasien sudah mampu menarik napas dalam dan memukul bantal (sudah ada 1 kemampuan dan akan diajarkan kemampuan berikutnya/ Sp 2

Pembahasan:

- Tetap lanjutkan terapi yang ada (tidak jelas tindakannya)
- Latih minum obat (Sp 2 RPK)
- Ajarkan ibadah dengan rutin (Sp 4)
- Latihan bicara asertif. (Sp 3)

- Latihan sosialisasi dengan minta maaf (Sp 3)

Referensi: Stuart, 2015

18. **Jawaban: E. Membahas tentang keuntungan punya teman**

Kata kunci: sudah mau diajak bicara selma 10 menit tetapi tetap menunduk, bicara seperlunya (msh di Sp 1, belum tuntas belum semua tujuan khusus dibahas)

Pembahasan:

- a. Mengajari berkenalan: Sp 1 namun jika pasien sudah mampu berinteraksi bertahap/ merespons yang diajarkan perawat)
- b. Latih minum obat (tidak ada di Isolasi social)
- c. Menulis jadwal kegiatan (tidak ada di Isolasi social)
- d. Mengajari berkenalan dengan teman lain: Sp 2
- e. Membahas tentang keuntungan punya teman: Sp 1 awal

Referensi: Stuart, 2015

19. **Jawaban: E. Ungkapan malu dirinya dibawa ke RS**
Kata kunci: Data subyektif

Pembahasan:

- a. Kontak mata kurang (obyektif)
- b. Menunjukkan komunikasi non verbal (obyektif)
- c. Lebih banyak diam (obyektif)
- d. Ungkapan malu dirinya dibawa ke RS (Subyektif)
- e. Lebih banyak menyendiri (obyektif)

Referensi: Stuart, 2015

20. Jawaban: B. Denial

Kata kunci: “Bagaimana saya bisa menderita penyakit ini”, “ini tidak mungkin”, “hasil ini salah”.

Pembahasan: Tahapan kehilangan Menurut: Kubler - Ross

1. Denial (Penyangkalan): Pada tahap ini, individu tidak percaya, shock, diam terpaku, gelisah, bingung, mengingkari kenyataan, mengisolasi diri dari kenyataan. Individu bertindak seperti tidak terjadi sesuatu dan dapat menolak untuk percaya pada kehilangan.

Respon Perilaku: Tidak percaya telah terjadi kehilangan, Tidak bisa mengatasi masalah praktis. Menunjukkan keceriaan palsu. Ungkapan dari klien: “ini tidak mungkin terjadi” diagnosis dokter pasti salah” “Bagaimana saya bisa menderita penyakit ini” “Ini tidak mungkin”, “Hasil ini salah”.

2. Anger (Marah): Individu melawan kehilangan dan dapat bertindak pada seseorang dan segala sesuatu dilingkungan sekitarnya

Respon Perilaku: Mengarahkan rasa marah pada lingkungan sebagai proyeksi marah pada Tuhan, Emosi tidak terkontrol, Ungkapan: “mengapa aku”, “apa yang saya perbuat hingga Tuhan marah padaku”

3. Bargaining (Tawar Menawar): Terdapat penundaan realitas kehilangan. Individu mungkin berupaya untuk membuat perjanjian secara halus atau jelas untuk mencegah kehilangan. Klien mencoba mencari pendapat orang lain.

Respon perilaku: Berupaya melakukan tawar-menawar untuk menghindari kehilangan, Dapat mengekspresikan rasa bersalah pada masa hidupnya, Klien berupaya membuat perjanjian dengan Tuhan. Pengungkapan: “bila saya sembuh, saya akan “seharusnya saya menjaganya dengan baik sehingga

Tuhan tidak mengambilnya” “Seandainya saya menjaganya...”

4. Depression (Depresi): Terjadi ketika kehilangan disadari dan timbul dampak nyata dari makna kehilangan. Seseorang merasa kesepian dan menarik diri. Tahapan depresi memberi kesempatan untuk berupaya melewati kehilangan dan mulai memecahkan masalah.

Respon Perilaku: Klien sadar akan kehilangannya, Tidak banyak bicara: sedih, kehilangan kegembiraan/aktivitas/ pekerjaan, tujuan hidup, merasa sepi, Fokus pikiran pada orang yang dicintai, Depresi: tahap menuju orientasi realitas. ungkapan: “apa yang terjadi jika saya tidak bersamanya”. “dapatkan saya hidup tanpanya

5. Acceptance (Menerima): Reaksi fisiologis menurun dan interaksi sosial berlanjut. Pada fase ini lebih sebagai menghadapi situasi daripada menyerah untuk pasrah atau putus asa

Respon perilaku: Menerima kehilangan, Menerima keadaan, damai dan lebih memperhatikan keadaan sekitar, Mulai membuat rencana kedepan, Tidak banyak bicara, minat sosialisasi menurun, komunikasi nonverbal, ingin ditemani keluarga

Referensi: Yusuf, A.H, F., & R & Nihayati, H. . (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, 1-366.
<https://doi.org/ISBN 978-xxx-xxx-xx-x>

21. Jawaban: B. Beneficence

Kata kunci: Kolaborasi memberikan obat dalam bentuk cair dan bening

Pembahasan: Prinsip etik dalam keperawatan

1. **Autonomy (Kemandirian)**
Sebagai seorang perawat yang profesional haruslah mampu berpikir logis dan cepat dalam mengambil keputusan. Selain itu, seorang perawat juga harus menghormati dan menghargai orang lain khususnya pasien.
2. **Beneficence (Berbuat Baik)**
Berbuat baik harus dilakukan kepada siapa saja tanpa membedakan, khususnya ketika sedang memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien. Perbuatan baik yang dilakukan oleh seorang perawat haruslah berlandaskan kepada ilmu dan kiat keperawatan.
3. **Justice (Keadilan)**
Menjunjung tinggi keadilan harus selalu dilakukan oleh para perawat, sebagai contoh ketika ada pasien baru masuk dan di waktu yang sama ada pasien yang membutuhkan bantuan segera maka perawat harus segera mempertimbangkan berbagai faktor sesuai dengan asas keadilan.
4. **Non-Maleficence (Tidak Merugikan)**
Pada prinsipnya seorang perawat harus selalu melakukan tindakan pelayanan keperawatan sesuai dengan ilmu keperawatan dan kiat keperawatan yang telah dimiliki dengan tidak merugikan dan menimbulkan bahaya pada pasien.
5. **Veracity (Kejujuran)**
Bagaimana pun, kejujuran harus dimiliki oleh semua orang. Pada seorang perawat kejujuran adalah hal yang wajib diberikan kepada pasien, hal ini karena pasien mempunyai hak otonomi sehingga ia berhak untuk mengetahui berbagai informasi yang ia inginkan. Walau pada kondisi tertentu hal ini sangat sulit mengingat banyak hal yang harus dijaga untuk kebaikan pasien namun sebagai seorang perawat

harus pintar dalam memberikan informasi kepada pasien meski pun itu pahit.

6. Fidelity (Menepati Janji)
Dibutuhkan komitmen yang tinggi dalam menepati janji kepada orang lain khususnya pasien dan dokter. Hal ini karena tugas dan tanggung jawab seorang perawat yang menuntutnya untuk dapat meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan pasien.
7. Confidentiality (Kerahasiaan)
Perawat harus benar-benar menjaga kerahasiaan yang dimiliki oleh pasien meski pun banyak orang mendesak untuk membeberkan informasi mengenai kesehatan pasien. Seorang perawat harus berani menolak untuk memberikan informasi jika di luar wilayah pelayanan kesehatan secara tegas.
8. Accountability (Akuntabilitas)
Tanggung jawab seorang perawat amatlah berat, hal ini karena setiap tindakan yang dilakukan oleh perawat kepada pasien harus sesuai dan tepat tanpa kecuali. Sebagai contoh ketika perawat memberikan obat dosis kepada pasien, jika hal tersebut salah sedikit saja dan menimbulkan kerugian pada pasien maka dapat digugat di pengadilan.
9. Freedom (Kebebasan)
Setiap orang apa pun profesinya mempunyai hak atas suatu kebebasan. Kebebasan menentukan pilihan atau langkah yang hendak ia ambil. Begitu pula menjadi perawat, seorang perawat harus secara bebas bekerja menjalankan profesinya tanpa ada tekanan atau paksaan dalam menentukan sesuatu dari luar dirinya.
10. Advocacy (Advokasi)
Sebagai seorang perawat yang langsung berinteraksi dengan pasien atau pun keluarga pasien maka

perawat harus bisa melindungi hak-hak klien. Peran advokasi yang harus dimiliki seorang perawat ini berasal dari etika beneficence (kewajiban untuk berbuat baik) dan nonmaleficence (kewajiban tidak merugikan).

Referensi: Utami W Ngesti, dkk. 2016. Etika Keperawatan dan Keperawatan Profesional. Jakarta: Pusdik SDM Kemenkes RI

22. **Jawaban: A. Melatih relaksasi**

Kata kunci: Mondar-mandir, perut mulas, “Saya takut tidak bisa menjawab pertanyaan penguji nanti”

Pembahasan: Ansietas atau kecemasan ialah kondisi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelaskan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi (SDKI,2016). Etiologi memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu baik krisis perkembangan atau situasional

Gejala dan Tanda Mayor.

Subjektif.

- a. Merasa bingung.
- b. Merasa khawatir dengan akibat.
- c. Sulit berkonsentrasi.

Objektif.

- a. Tampak gelisah.
- b. Tampak tegang.
- c. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor.

Subjektif.

- a. Mengeluh pusing.
- b. Anoreksia.
- c. Palpitasi.
- d. Merasa tidak berdaya.

Objektif.

- a. Frekuensi Napas meningkat.
- b. Frekuensi Nadi meningkat.
- c. Tekanan Darah meningkat.
- d. Diaforesis.
- e. Tremor.
- f. Muka tampak pucat.
- g. Suara bergetar.
- h. Kontak mata buruk.
- i. Sering berkemih.
- j. Berorientasi pada masa lalu

Referensi: Keliat, E. at all (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC.

23. **Jawaban: a. Melatih klien berbincang-bincang**
Kata kunci: Suara itu datang lagi dan menyuruh saya keluar dari rumah dan membunuh tetangga

Pembahasan:

Halusinasi adalah salah satu gejala positif yang muncul dari Skizofrenia Halusinasi adalah suatu gejala gangguan jiwa dimana pasien merasakan suatu stimulus yang sebenarnya tidak ada. Stimulus yang dirasakan pada pasien halusinasi terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar yang meliputi sistem penginderaan

Tanda dan Gejala

Data Subjektif:

- Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan

- Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecapan
- Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu
- Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, hantu atau monster
- Merasakan rasa seperti darah, urine atau feses
- Merasa takut dan senang dengan halusinasinya
- Merasa kesal

Data Objektif:

- Distorsi sensori
- Respon tidak sesuai
- Bersikap seolah-olah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu
- Menyendiri
- Melamun
- Konsentrasi buruk
- Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- Curiga dan ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- Melihat atau menunjuk-nunjuk ke satu arah
- Mondar-mandir
- Bicara sendiri
- Sering meludah
- Menutup hidung
- Menggaruk-garuk permukaan kulit
- Menutup telinga

Karakteristik halusinasi

Tahap 1 : Fase Comforting (Non-psikotik)

Merupakan fase menyenangkan karena halusinasi mampu memberikan rasa nyaman pada penderitanya, tingkat orientasi sedang, dan halusinasi merupakan hal yang menyenangkan bagi pasien

- Perilaku kline: Tersenyum sendiri

- Tertawa-tawa sendiri
- Menggerakkan bibir tanpa suara
- Pergerakan mata yang cepat
- Diam dan berkonsentrasi
- Respon verbal yang lambat

Tahap II : Fase Condensing (Non-psikotik)

- Merupakan fase halusinasi menjadi menjijikkan
- Perilaku klien: Peningkatan sistem saraf otak
- Terjadi tanda-tanda ansietas: peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan Tekanan Darah
- Rentang perhatian terhadap lingkungan menyempit
- Konsentrasi terhadap pengalaman sensorik menurun
- Kehilangan kemampuan dalam membedakan anatar halusinasi dengan realita

Tahap III: Fase Controlling (Psikotik)

Merupakan fase dimana pasien biasanya sudah tidak bisa mengontrol dirinya, tingkat ansietas berat, dan halusinasi sudah tidak dapat ditolak lagi.

Perilaku klien:

- Pasien menuruti perintah halusinasi
- Sulit berkomunikasi dengan orang lain
- Rentang perhatian dengan lingkungan hanya sesaat
- Terjadi tanda-tanda ansietas berat: tremor, berkeringat, dan tidak dapat mengikuti perintah realita

Tahap IV: Fase Conquering (Psikotik)

Merupakan fase dimana pasien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi dan biasanya pasien terlihat panik.

Perilaku klien:

- Perilaku panik
- Memiliki potensi melakukan bunuh diri

- Tindakan kekerasan agitasi, menarik diri atau katatonia
- Tidak memiliki kemampuan merespon terhadap perintah yang kompleks
- Tidak mampu berespon lebih dari satu orang

Referensi: Nasir, A., & Muhith, A. (2011). Dasar- Dasar Keperawatan Jiwa; Pengantar dan Teori. Jakarta: Salemba Medika.

24. **Jawaban: A. Membantu klien meningkatkan citra tubuhnya**

Kata kunci: Kaki diamputasi, tidak mau bertemu dengan orang lain, ia merasa tidak cantik lagi, malu dengan kondisi kakinya

Pembahasan: Klien mengalami gangguan citra tubuh, karena amputasi menyebabkan perubahan fisiknya. Klien merasa tidak nyaman dengan perubahan fisik tersebut sehingga psikososialnya terganggu.

Prinsip intervensi untuk gangguan citra tubuh adalah membantu klien menerima kondisinya, meningkatkan citra tubuh dengan menutupi sementara, membantu klien mencapai ideal tubuhnya, dan membantu klien kembali bersosialisasi.

Referensi: Keliat, E. at all (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC.

25. **Jawaban: b. Putus obat**

Kata kunci: Penyebab kurang dari 6 bulan

Pembahasan: Faktor presipitasi adalah faktor yang menyebabkan pasien gangguan jiwa yang terjadi dalam

waktu kurang dari 6 bulan dari pasien mengalami episode gejala gangguan jiwa atau kambuh

Referensi: Stuart, G.W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed). St. Louis: Mosby Elsevier

26. **Jawaban: E. Menyiapkan formulir inform consent penolakan Tindakan**

Kata kunci: Implementasi prinsip etik autonomy

Pembahasan: Dalam memberikan asuhan keparawatan kita harus menjalankan prinsip etik autonomy yaitu menghargai hak pasien. Dalam hal ini pasien gangguan jiwa melakukan penolakan maka diberikan kuasa pada keluarga, sebagai bukti legal penolakan tersebut maka prinsip pendokumen tasian perawat harus menyiapkan inform consent

Referensi: Stuart, G.W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed). St. Louis: Mosby Elsevier

27. **Jawaban: a. Autonomy**

Kata kunci: Pasien akan diberikan ECT, keluarga menolak

Pembahasan: Pada kasus tersebut walaupun tindakan yang akan diberikan bertujuan untuk kebaikan pasien tetapi prinsip otonomi memiliki derajat yang lebih tinggi

Referensi: Stuart, G.W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed). St. Louis: Mosby Elsevier

28. **Jawaban: a. Melatih pasien mengontrol marah dengan cara spiritual**

Kata kunci: Pasien dilatih mengontrol marah dengan cara verbal

Pembahasan: Setelah cara verbal maka tindakan selanjutnya adalah spiritual

Referensi: Stuart, G.W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed). St. Louis: Mosby Elsevier

29. **Jawaban: b. Halusinasi pendengaran**

Kata kunci: Mendengar suara di telinganya

Pembahasan: Pasien mengalami tanda gejala halusinasi

Referensi: Stuart, G.W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed). St. Louis: Mosby Elsevier

30. **Jawaban: A. defisit Perawatan diri**

Kata kunci: Selama dipasung keluarga hanya datang memberikan makan dan minum saja karena harus bekerja disawah. kondisi klien kotor, bau, kuku panjang dan hanya menggunakan sarung.

Pembahasan: pada kasus tersebut menggambarkan penemuan kasus pasien yang dipasung selama 2 tahun, terakhir. Semua diagnosis dalam pilihan jawaban menggambarkan kondisi pasien saat ini, yaitu

A. Defisit Perawatan diri

Data real terjadi saat ini, dan membutuhkan Tindakan segera karena dipasung selama 2 tahun, dan tidak pernah dimandikan keluarga. Sesuai dengan pernyataan keluarga bahwa selama dipasung keluarga hanya datang memberikan makan dan minum saja karena harus bekerja

disawah, sehingga yang terlihat pasien bau, kotor, kuku Panjang dan hanya menggunakan sarung

B. Perilaku kekerasan

Data menunjukkan bahwa pasien dipasung karena marah-marah, tetapi tidak muncul pada kondisi saat ini

C. Harga diri rendah

Data menunjukkan pasien keluyuran tidak pulang, yang dapat mengindikasikan data minor diagnosis harga diri rendah bahwa pasien menghindari orang lain dan sulit membuat keputusan

D. Isolasi sosial

Data menunjukkan tidak ada respon ketika ditanya perawat atau afek datar, merupakan data mayor diagnosis isolasi sosial, akan tetapi sesuai dengan pedoman tatalaksana program pelepasan pasung bertahap, Tindakan utama yang dilakukan adalah melakukan perawatan diri pada pasien, sehingga jawaban yang benar adalah a (deficit perawatan diri)

E. Halusinasi

Afek datar Menunjukkan data minor diagnosis halusinasi

Referensi: Keliat, dkk. 2019. Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC

31. **Jawaban: a. Menyusun jadwal latihan**

Kata kunci: Perawat membantu pasien mengenal halusinasi yang dialami, menjelaskan cara mengontrol halusinasi serta mengajarkan pasien cara menghardik dengan halusinasi

Pembahasan: Intervensi masalah keperawatan halusinasi pada pasien meliputi:

SP 1 pasien:

1. Membantu pasien mengenal halusinasi (mengidentifikasi jenis, isi, frekuensi, durasi, pencetus, respon dan upaya yang dilakukan)
2. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi (ada 4 cara)
3. Melatih cara menghardik atau berkompromi dengan halusinasi
4. Menyusun jadwal kegiatan latihan menghardik halusinasi

SP 2 Pasien:

1. Mengevaluasi jadwal Latihan menghardik.
2. Melatih pasien minum obat dengan prinsip 8 benar obat
3. Menyusun jadwal kegiatan latihan patuh minum obat

SP 3 Pasien:

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien (menghardik dan kepatuhan minum obat)
- 2) Melatih pasien cara bercakap-cakap dengan orang lain.
- 3) Menyusun jadwal kegiatan latihan bercakap-cakap

SP 4 Pasien:

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien (menghardik, kepatuhan minum obat, dan bercakap-cakap)
2. Melatih pasien melakukan aktifitas harian
3. Menyusun jadwal kegiatan aktifitas harian

Pada Tindakan perawat pada kasus menggambarkan perawat melakukan tahapan dalam SP 1 Pasien. Sehingga

Tindakan selanjutnya yang dilakukan perawat dalam tahap SP 1 Pasien adalah Menyusun jadwal kegiatan harian

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

32. **Jawaban: a. silent**

Kata kunci: kemudian menunggu respon pasien beberapa detik

Pembahasan:

- a. Silence (diam)
Diam memberikan kesempatan kepada perawat dan klien untuk mengorganisasi pikirannya. Penggunaan metode diam memerlukan keterampilan dan ketetapan waktu. Diam memungkinkan klien untuk berkomunikasi terhadap dirinya sendiri, mengorganisasi pikirannya, dan memproses informasi. Bagi perawat, diam berarti memberikan kesempatan klien untuk berpikir dan berpendapat/berbicara. Sebagaimana yang tergambar pada kasus tersebut
- b. Reflecting (Merefleksikan)
Perawat perlu memberikan umpan balik kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya sehingga dapat diketahui apakah pesan diterima dengan benar.
- c. Listening (Mendengarkan dengan penuh perhatian)
Mendengarkan dengan penuh perhatian merupakan upaya untuk mengerti seluruh pesan verbal dan nonverbal yang sedang dikomunikasikan.
- d. Mengulang (restating/repeating)
Maksud mengulang adalah teknik mengulang kembali ucapan klien dengan bahasa perawat.
- e. Memfokuskan (focusing)

Metode ini dilakukan dengan tujuan membatasi bahan pembicaraan sehingga lebih spesifik dan dimengerti.

Referensi: Townsend, Mary C. (2018). Psychiatric mental health nursing

33. **Jawaban: A. melatih pasien berbicara dengan asertif**
Kata kunci: Pasien dapat mempraktekkannya dengan baik

Pembahasan: Pada kasus tersebut, menggambarkan perawat telah mengajarkan pasien SP 1 (Latihan mengontrol marah dnegan latihan fisik Tarik napas dalam/pukul kasus/pukul bantal) dan telah mengajarkan SP2 pasien (latihan mengontrol marah dengan minum obat), maka dilanjutkan melatih SP 3 pasien dengan diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan yaitu mengajarkan Latihan berbicara secara asertif

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

34. **Jawaban: d. mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan**
Kata kunci: Perawat telah mengidentifikasi alasan pasien marah

Pembahasan: Ada kasus tersebut, menggambarkan perawat melakukan salah satu tahap dalam intervensi SP1 Pasien dengan diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan SP1 Pasien

1. Bantu pasien mengenal risiko perilaku kekerasan yang dialami (penyebab, tanda dan gejala, dampak/akibat, dan upaya yang dilakukan untuk mengatasinya). Pada

kasus telah digambarkan perawat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, maka selanjutnya perawat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan. Maka jawaban yang benar adalah d

2. Jelaskan cara yang dapat dilakukan pasien untuk mengontrol risiko perilaku kekerasannya (jawaban c salah)
3. Ajarkan kepada pasien cara mengontrol dengan Latihan fisik: Tarik napas dalam/pukul kasus/pukul bantal (jawaban b salah)
4. Bantu pasien Menyusun jadwal kegiatan Latihan tersebut (jawaban a salah)

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

35. **Jawaban: a. "saya ini orang bodoh"**

Kata kunci: CMHN, menggali Kemampuan positif

Pembahasan: Menggali kemampuan positif berarti pasien ini Tekanan Darahk tahu kemampuan positifnya, sehingga pasien ini pasti memiliki masalah Harga diri rendah atau merasa malu, tidak Pede. Prinsip penanganan keperawatan pada klien dengan Harga Diri Rendah Situasional adalah dengan melatih kemampuan positif. Dan data subjektif untuk HDRS adalah berupa penilaian negatif tentang diri sendiri, misalnya dengan mengatakan diri sendiri bodoh, tidak berguna, jelek, dan sebagainya.

Referensi: SDKI, 2017

36. **Jawaban: c. melatih pembentukan tubuh yang ideal**

Kata kunci: Menutupi, striae gravidarum, menerima

Pembahasan: Kasus ini adalah kasus gangguan citra tubuh, dilihat dari data klien sering menutupi perutnya yang terdapat striae gravidarum. Prinsip intervensi pada GCT adalah membantu klien menerima kondisinya, menutupi sementara bagian tubuh yang terganggu, pembentukan tubuh yang ideal dan berinteraksi seperti semula.

Referensi: UI. 2011. Standar Asuhan Keperawatan Masalah Psikososial. Jakarta: tidak dipublikasikan.
SDKI, 2017

37. **Jawaban: c. TAK orientasi realita**
Kata kunci: RSJ, sudah meninggal, saat ini Berada di surga, TAK

Pembahasan: Dengan data klien mengatakan sudah meninggal hal ini merupakan jenis waham nihilistik, berada di surga, menunjukkan orientasi klien terhadap tempat kurang baik, maka TAK yang tepat adalah melatih klien untuk berorientasi kembali terhadap tempat, waktu dan orang melalui TAK orientasi realita.

Referensi: Keliat dan Akemat. 2014. Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok, ed 2. Jakarta: EGC.

38. **Jawaban: D. pasien mempraktikkan mandi dengan benar**
Kata kunci: Ruang tenang, defisit perawatan diri

Pembahasan: Pasien dengan defisit perawatan diri diperkirakan sudah selesai diberikan intervensi dalam 2 minggu perawatan. Evaluasi yang diberikan sesuai dengan kriteria evaluasi untuk 4 jenis perawatan diri. Fokus evaluasi adalah pada kemampuan pasien untuk melakukan (mempraktikkan) aktivitas perawatan diri.

Referensi: Stuart, G.W. (2012). Principles and Practice of Psychiatric nursing (10thed). St.Louis, Missouri: Mosby Elsevier.

39. **Jawaban: B. keputusasaan**

Kata kunci: Ttidak ada gunanya hidup, Hidupnya hancur, tidak mungkin melanjutkan sekolah, pasif, afek datar, sulit tidur, tidak selera makan

Pembahasan: Dilihat dari gejala dan tanda pada kasus tersebut, memenuhi kriteria data mayor 80% dari pedoman SDKI. Keputusan menunjukkan bahwa klien berpikir tidak ada lagi penyelesaian untuk masalah yang dihadapinya.

Referensi: SDKI, 2017

Contoh Soal Manajemen

Hari kemarin saya pintar, saya ingin mengubah dunia. Hari ini saya bijak, saya akan mengubah diri saya.

Jalaluddin El Rumi
1207 - 1273 M

1. Seorang kepala ruangan memberikan kebebasan kepada anggotanya untuk melakukan perubahan atau memberikan ide. Kepala ruangan hanya memberikan arahnya apabila diminta, karena kepala ruangan menilai bahwa bawahannya mampu, mempunyai motivasi dan komitmen yang tinggi. Apakah gaya kepemimpinan yang diterapkan pada kasus tersebut?
 - A. Partisipatif
 - B. Autocratic
 - C. Demokratik
 - D. Laissez faire
 - E. Transformasional

2. Seorang kepala ruang ICU sedang merencanakan pengembangan staf dengan memberikan pendidikan dan pelatihan selama 6 bulan untuk meningkatkan kemampuan serta ketrampilan staf yang berada di ICU tersebut. Apakah fungsi manajemen keperawatan yang diterapkan pada kasus tersebut?
 - A. Pengarahan
 - B. Pengawasan
 - C. Perencanaan
 - D. Pengendalian
 - E. Pengorganisasian

3. Seorang perawat baru bekerja pada hari pertama di Bangsal Penyakit Dalam. Kepala ruangan menyampaikan uraian tugas kepada perawat baru tersebut dan kepada masing-masing perawat dan staf lainnya. Apakah fungsi manajemen yang diterapkan pada kasus tersebut?
 - A. Pengarahan
 - B. Pengawasan
 - C. Perencanaan
 - D. Pengendalian
 - E. Pengorganisasian

4. Seorang ketua tim sedang berdinas pagi di ruang bedah. Ketua tim hanya memberikan pengarahan apabila ada perawat pelaksana yang bertanya. Ketua tim menganggap semua perawat sudah mandiri dan bisa melaksanakan tugas dengan baik. Apakah gaya kepemimpinan yang diterapkan pada kasus tersebut?
 - A. Autocratic
 - B. Partisipatif
 - C. Demokratik
 - D. Laisess faire
 - E. Transformasional

5. Kepala ruangan melakukan evaluasi salah satu indikator mutu dengan mengidentifikasi tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur di ruang perawatan bedah laki-laki. Ruangan tersebut memiliki kapasitas tempat tidur sebanyak 30 tempat tidur. Pada bulan Juni 2022 (30 hari) terdapat total jumlah hari perawatan sebanyak 720 hari dengan ALOS (Average Length Of Stay) selama 5 hari. Berapakah BOR (Bed Occupation Rate) di ruang bedah tersebut?
 - A. 50 %
 - B. 60 %
 - C. 70 %
 - D. 80 %
 - E. 90 %

6. Kepala ruang rawat inap penyakit dalam RS "A", selalu memberikan pengarahan dan motivasi kepada staf ruangan dengan komunikasi efektif dan berorientasi pada kerja tim termasuk pada saat kepala ruangan ingin merubah pengelolaan manajemen ruangan supaya kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien meningkat. Dalam merencanakan dan mengambil keputusan selalu

melibatkan staf ruangan. Apakah gaya kepemimpinan yang diterapkan oleh kepala ruang tersebut ?

- A. Otoriter
- B. Demokratis
- C. Partisipatif
- D. Laissez-faire
- E. Transformasional

7. Kepala ruangan perawatan bedah sedang mengidentifikasi jumlah jam perawatan per hari sebagai dasar pembagian tugas dalam manajemen bangsal. Kapasitas ruangan 30 tempat tidur dengan BOR 70% dan LOS 5 hari. Rata-rata tingkat ketergantungan pasien bervariasi yaitu 5 orang total care, 5 orang partial care dan 10 orang self care. Jika waktu keperawatan langsung per pasien per hari untuk total care: 6 jam, Partial care: 4 jam dan self care: 2 jam. Berapakah rata-rata jumlah jam perawatan langsung per hari di ruangan tersebut?
- A. 50 Jam/perhari
 - B. 55 Jam/perhari
 - C. 60 Jam/perhari
 - D. 65 Jam/perhari
 - E. 70 Jam/perhari
8. Seorang anak laki-laki, umur 10 tahun, dirawat di ruang bedah anak dengan keluhan nyeri abdomen di kuadran kiri bawah. Hasil USG abdomen menunjukkan adanya inflamasi pada appendix. Dokter spesialis bedah menyarankan agar pasien dioperasi segera dan telah menjelaskan risiko secara berulang kepada orang tua pasien. Setelah bermusyawarah, orang tua pasien menolak untuk dilakukan tindakan operasi dan menandatangani penolakan untuk dilakukan tindakan operasi. Pada sore hari, keluarga mengajukan pulang paksa. Apakah respon

perawat yang tepat terhadap permintaan keluarga pasien tersebut?

- A. Menyarankan agar pasien tetap dirawat.
- B. Menginformasikan kepada kepala ruang.
- C. Menginformasikan kepada dokter penanggung jawab.
- D. Mempersiapkan dokumen dan administrasi pulang paksa.
- E. Menginformasikan kepada supervisor keperawatan *on duty*.

9. Kepala ruang bedah Laki-laki, melakukan analisis terkait rencana peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di ruangan tersebut. Hasil identifikasi didapatkan data: kualifikasi SDM tidak sesuai dengan kriteria rekrutmen yang dibutuhkan, adanya keterbatasan alat-alat kesehatan di ruangan dikarenakan permintaan alat medis sekali dalam sebulan, evaluasi metode asuhan keperawatan dilakukan di ruangan belum optimal, jenjang karir belum diterapkan. Apakah komponen yang tepat untuk memasukkan data tersebut dalam matrik SWOT?

- A. Treath
- B. Strength
- C. Weakness
- D. Opportunities
- E. Semuanya benar

Pembahasan Soal Manajemen

Belajar tidak akan pernah melelahkan pikiran

Leonardo da Vinci
1452 - 1519 M

1. **Jawaban: D. Laissez faire**

Kata kunci: Kepala ruangan hanya memberikan arahan, kepala ruangan menilai bawahannya mampu

Pembahasan: Gaya kepemimpinan Laissez faire adalah gaya seorang pimpinan yang memberikan kebebasan kepada anggotanya untuk melakukan perubahan dan ide, dimana bawahannya mampu, mempunyai motivasi dan komitmen tinggi.

Referensi: Gillies, D.A (1989) Nursing Management; a system approach. Philadelphia: W.B Saunders Company

2. **Jawaban: C. Perencanaan**

Kata kunci: Merencanakan Pengembangan staf, Pendidikan dan pelatihan keterampilan staf

Pembahasan: Fungsi perencanaan merupakan tahapan dimana kepala ruangan membuat Perencanaan terhadap kebutuhan SDM, sarana dan prasarana ruangan. Pengembangan staf, pendidikan dan pelatihan merupakan perencanaan SDM.

Referensi: Gillies, D.A (1989) Nursing Management; a system approach. Philadelphia: W.B Saunders Company

3. **Jawaban: E. Pengorganisasian**

Kata kunci: Penyampaian uraian tugas

Pembahasan: Fungsi manajemen pengorganisasian merupakan fungsi seorang manajer membagi tugas dan uraian tugas kepada bawahannya.

Referensi: Gillies, D.A (1989) Nursing Management; a system approach. Philadelphia: W.B Saunders Company

4. **Jawaban: D. Laisess faire**

Kata kunci: Ketua tim memberikan pengarahan apabila ada yang bertanya, sudah mandiri dan bisa melaksanakan tugas dengan baik

Pembahasan: Gaya kepemimpinan Laisess faire adalah gaya seorang pimpinan yang memberikan kebebasan kepada anggotanya untuk melakukan perubahan dan ide, dimana bawahannya mampu, mempunyai motivasi dan komitmen tinggi.

Referensi: Gillies, D.A (1989) Nursing Management; a system approach. Philadelphia: W.B Saunders Company

5. **Jawaban: D. 80 %**

Kata kunci: BOR (Bed Occupation Rate)

Pembahasan: Mutu pelayanan kesehatan diantaranya dapat dilihat dari angka BOR (Bed Occupation Rate) adalah presentase pemakaian tempat tidur yang didapatkan dari rata-rata pasien dalam sehari/kapasitas tempat tidur. Hasil didapatkan dari total jumlah hari rawat pd periode tertentu (satu bulan). $720/30 = 24$ pasien.

$BOR = 24 \text{ pasien} / 30 \text{ tempat tidur} \times 100\% = 80\%$.

Nilai indikator BOR yang ideal adalah antara 60-85% (DepKes RI, 2005), sedangkan menurut Barber Johnson nilai BOR yang ideal adalah 75-85%.

Referensi: Permenkes RI. (2011). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171

/MENKES/PER/VI/2011 Tentang Sistem Informasi RS
Tertanggal 15 Juni 2011. Jakarta: Depkes RI.

6. **Jawaban: B. Demokratis**

Kata kunci: Perencanaan dan pengambilan keputusan selalu melibatkan staf ruangan

Pembahasan: Gaya kepemimpinan yang diterapkan oleh kepala ruangan tersebut adalah demokratis. Gaya Kepemimpinan demokratis ialah kemampuan mempengaruhi orang lain agar mau bekerja sama dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan cara berbagai kegiatan yang akan dilakukan ditentukan bersama antara pimpinan dan bawahan.

Referensi: Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2012). Leadership roles & management functions in nursing: Theory & Application (7th ed., p. 642). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

7. **Jawaban: E. 70 Jam/perhari**

Kata kunci: Rata-rata jumlah jam perawatan langsung per hari di ruangan

Pembahasan: Rata-rata jumlah jam perawatan langsung perhari di dapatkan dari rata-rata jumlah tingkat ketergantungan pasien dikalikan waktu perawatan langsung per hari.

$$(5 \times 6) + (5 \times 4) + (10 \times 2) = 30 + 20 + 20 = 70$$

Referensi: Swansburg, R.C& Swansburg, J.R. (2006). Introductory management & leadership for Nurses. Toronto: Jones and Bartlert Pub.Ca.

8. **Jawaban: D. Menyiapkan dokumentasi dan administrasi pulang paksa**

Kata kunci: Asas autonomy

Pembahasan: Asas autonomy (asas menghormati otonomi). Perawat dituntut untuk menghormati apa yang menjadi hak pasien dan keluarga. Dikarenakan pasien masih belum dewasa maka orang tua pasien memiliki hak penuh untuk memutuskan segala sesuatu yang berkenaan dengan kesehatan pasien. Peran perawat dalam hal ini adalah melaksanakan dan menghormati keputusan yang diambil oleh orang tua pasien. Dalam asas etik keperawatan, hal tersebut termasuk kedalam asas autonomy atau asas menghormati otonomi.

Referensi: Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional, Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika

9. **Jawaban: C. Weakness**

Kata kunci: Kelemahan dari dalam

Pembahasan: Data yang didapat seperti ini:

- SDM tidak sesuai dengan kriteria rekrutmen yang dibutuhkan diruangan.
- Keterbatasan alat-alat kesehatan diruangan dikarenakan permintaan alat medis sekali dalam sebulan.
- Metode asuhan keperawatan yang telah dilakukan diruangan belum optimal.
- Jenjang karir belum diterapkan

Merupakan gambaran kelemahan dari dalam yang dimiliki oleh ruangan tersebut.

Referensi: Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional, Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika

Contoh Soal Anak

Kesuksesan berjalan dari satu kegagalan ke kegagalan yang lain tanpa kita kehilangan semangat.

Abraham Lincoln
1809 -1865 M

1. Seorang anak perempuan, 3 tahun, diantar Ibunya ke Puskesmas dengan keluhan anak rewel, BAB cair dengan frekuensi 4x dalam sehari, mual muntah, sakit perut dan mata cekung. Hasil Pemeriksaan: Suhu 37,5°C, Frekuensi Napas 32x/menit, Frekuensi Nadi 98x/menit dan BB 12 kg. Apakah masalah keperawatan prioritas pada anak ?
 - A. Diare
 - B. Nyeri Akut
 - C. Hipovolemia
 - D. Defisit Nutrisi
 - E. Inkontinensia Fekal

2. Seorang bayi Laki-laki, 3 hari, dirawat dengan BBLR. Hasil Pemeriksaan: ibu mengatakan bayi rewel dan menangis saat disusui, ASI keluar sedikit, nyeri pada puting dan ibu merasa kelelahan. Frekuensi BAK bayi 5x/24 jam. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
 - A. Nyeri Akut
 - B. Defisit Nutrisi
 - C. Risiko hipovolemi
 - D. Risiko Cidera Pada Ibu
 - E. Menyusui Tidak Efektif

3. Seorang anak perempuan, 3 tahun, dibawa ke poli MTBS dengan keluhan diare dengan frekuensi 6x dalam sehari selama 2 hari. Hasil Pemeriksaan: anak letargis, mata cekung, CRT >2detik, anak tidak mau minum. Frekuensi Nadi 112x/menit, Suhu 38,6°C dan Frekuensi Napas 30x/menit. Apakah klasifikasi masalah pada kasus tersebut?
 - A. Disentri
 - B. Diare Persisten
 - C. Diare Tanpa Dehidrasi
 - D. Diare Dehidrasi Ringan
 - E. Diare Dehidrasi Berat

4. Seorang bayi Laki-laki, 2 bulan, dibawa oleh ibu ke Posyandu untuk pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi dan mendapatkan imunisasi. Sebelumnya bayi sudah mendapatkan imunisasi BCG dan Polio. Apakah imunisasi yang harus diberikan pada kasus?
 - A. HB0
 - B. Campak
 - C. DPT-HB-Hib 1, Polio 2
 - D. DPT-HB-Hib 2, Polio 3
 - E. DPT-HB-Hib 3, Polio 4

5. Seorang perawat sedang melakukan skrining perkembangan dengan menggunakan Denver II, kepada seorang anak Perempuan, umur 4 tahun. Perawat meminta anak tersebut untuk berlari dan berjalan menaiki tangga. Apakah jenis keterampilan yang sedang diuji oleh perawat?
 - A. Personal/Sosial
 - B. Motorik Halus
 - C. Motorik Kasar
 - D. Bahasa
 - E. Kognitif

6. Seorang bayi Laki-laki, baru lahir, perawat melakukan penilaian Apgar Score pada menit pertama didapatkan hasil ekstremitas biru pucat, tubuh berwarna merah muda, Frekuensi Nadi $90 \times$ /menit, fleksi lemah, gerakan bayi sedikit, serta pernapasan lemah merintih. Berapakah penilaian Apgar Skore pada kasus tersebut?
 - A. 1
 - B. 2
 - C. 3
 - D. 4
 - E. 5

7. Seorang anak perempuan, 3 tahun, dirawat karena kejang, saat ini anak mengalami kejang \pm 3 menit, Suhu tubuh 39°C , keluar busa dan secret dari mulut, tubuh dan ekstremitas kaku, serta kesadaran apatis. Apakah tindakan keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Memasang tongue spatel lidah
 - B. Memposisikan leher hiperektensi
 - C. Mengganjal bahu atas dengan bantal
 - D. Melakukan pengisapan lendir/suction
 - E. Mengatur posisi miring ke kanan atau kiri
8. Seorang anak laki-laki, 8 tahun, dirawat dengan Thalesemia, Hasil Pemeriksaan: Hasil Pemeriksaan: Hb 6 gr/dl. Saat ini pasien sedang diberikan transfusi darah packed red cell 150 ml. Setelah tiga menit pemberian transfusi, tiba-tiba anak mengeluh sesak napas, nyeri dada, dan gelisah. Apakah tindakan keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Memberikan oksigen
 - B. Melaporkan kedokter
 - C. Mengobservasi tanda vital
 - D. Memposisikan tidur semi fowler
 - E. Menghentikan aliran transfusi darah
9. Seorang anak perempuan, 9 tahun, dirawat karena pucat dan lemas. Ibu mengatakan anak memiliki riwayat thalassemia sejak satu tahun, yang lalu. Hasil Pemeriksaan: menunjukkan CRT $>$ 3 detik, bibir dan kuku sianosis, wajah pucat, akral dingin, Suhu 38°C , Frekuensi Napas 26 x/menit, Frekuensi Nadi 105 x/menit dan kadar Hb 6 gr/dl. Anak kurus, lemah, dan tidak berminat untuk aktivitas bermain. Apakah 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
10. Seorang anak perempuan, 2,5 tahun, dirawat di ruang isolasi dengan morbili. Hasil Pemeriksaan: kulit tampak bercak bercak merah, konjungtiva merah, batuk, Suhu tubuh 37,80C, Frekuensi Napas 24x/menit, Frekuensi Nadi 108x/ menit, BB 14 kg, telah terpasang infuse RL. Berapakah cairan yang dibutuhkan selama 24 jam pada kasus tersebut?
- A. 1200 ml
 - B. 1250 ml
 - C. 1350 ml
 - D. 1450 ml
 - E. 1500 ml
11. Bayi perempuan, 10 bulan, dirawat di RS dengan keluhan mual dan muntah. Hasil Pemeriksaan: rewel, lemah, mendapat terapi cairan infus KAEN 1B 500ml/24jam (mikrodrip 60tts/menit). Berapakah tetesan infus yang diberikan kepada kasus tersebut?
- A. 7 tetes/menit
 - B. 10 tetes/menit
 - C. 20 tetes/menit
 - D. 25 tetes/menit
 - E. 38 tetes/menit
12. Seorang anak Laki-laki, 2 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis diare. Hasil Pemeriksaan: mata cekung, mual, Suhu 38,80C, Frekuensi Nadi 100x/menit, BB 12 kg, Pasien diberikan terapi cairan 1000 ml RL /24 jam mikrodrip, perawat telah melakukan menusukan pada vena dengan Iv

cateter nomer 24 dengan tepat. Apakah tindakan perawat selanjutnya pada kasus tersebut?

- A. Mengalirkan cairan infus
- B. Mengobservasi tetesan infus
- C. Menyambungkan selang infus
- D. Mengobservasi penusukan infus
- E. Memfiksasi lokasi pemasangan infus

13. Perempuan, 14 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam karena sudah tiga bulan yang lalu Tekanan Darahnya naik. Hasil Pemeriksaan:, pasien mengeluh sakit kepala skala nyeri 7 (skala 0 - 10), Tekanan Darah 175/100 mmHg, Frekuensi Nadi 100 x/menit, Frekuensi Napas 24x/menit Apakah intervensi keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Mengajarkan tehnik distraksi
- B. Kolaborasi untuk pemberian analgetik
- C. Menganjurkan untuk tehnik relaksasi napas dalam
- D. Kolaborasi pemberian obat untuk menurunkan tekanan darah
- E. Menyarankan pasien untuk istirahat ditempat tidur sampai nyeri berkurang

14. Seorang anak laki-laki, 8 tahun, dibawa ibunya ke RS dengan demam tinggi sudah 3 hari. Hasil Pemeriksaan: tampak sesak, leher tampak membengkak, suara terdengar serak, Suhu 38,5°C, Frekuensi Napas 40x/menit, Frekuensi Nadi 140x/menit, ibu tampak cemas. Hasil laboratorium menunjukkan asidosis respiratorik. Diagnosis medis suspek sepsis. Masalah keperawatan utama yang akan ditegakkan oleh perawat adalah:

- A. Hipertermi
- B. Kecemasan
- C. Pola napas tidak efektif
- D. Gangguan pertukaran gas

- E. Inefektif bersihan jalan napas
15. Seorang anak perempuan, 10 bulan, dibawa oleh ibunya ke Posyandu. Hasil Pemeriksaan: BB lahir 3 kg, BB sekarang 9,5 kg, PB 72 cm. Ibu masih menyusui anaknya dan memberikan makanan instan berupa bubur cair dengan alasan anaknya mau makan jika bentuk makanan cair. Apakah pendidikan kesehatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. ASI dihentikan dan diganti makanan keluarga
 - B. ASI tetap diberikan ditambah makanan keluarga
 - C. ASI dihentikan dan ditambah MPASI berupa jus buah
 - D. ASI tetap diberikan ditambah dengan MPASI sesuai umur bayi
 - E. ASI tetap diberikan ditambah makanan lumat hingga umur 2 tahun
16. Seorang bayi laki-laki, 2 minggu, dibawa ibunya ke puskesmas. Hasil Pemeriksaan: BB 2700 gram, refleks menghisap kuat, tangisan kuat, warna kulit merah muda. Bayi akan dilakukan imunisasi untuk mencegah TB paru. Apa jenis imunisasi yang harus diberikan?
- A. Hepatitis B
 - B. Campak
 - C. Polio
 - D. BCG
 - E. DPT
17. Seorang bayi perempuan, 4 bulan, dibawa oleh ibunya ke Poli tumbuh kembang. Hasil Pemeriksaan:, bayi belum dapat memegang bila diberikan sebuah mainan di tangannya. Apakah stimulasi yang tepat untuk kasus tersebut?
- A. Berikan mainan yang bisa menggelinding
 - B. Biarkan bayi “menangkap” air mengalir

- C. Berikan mainan remasan lembut
 - D. Berikan mainan warna terang
 - E. Berikan alat tulis dan buku
18. Seorang anak Laki-laki, 5 tahun, dibawa oleh ibunya ke poli tumbuh kembang. Hasil Pemeriksaan:, anak banyak beraktivitas, senang bermain, dan mulai menaruh minat ketika sang ayah memperbaiki mobilnya. Apakah tahap perkembangan pada kasus tersebut?
- A. Berkarya vs rendah diri
 - B. Inisiatif vs rasa bersalah
 - C. Kepercayaan vs ragu-ragu
 - D. Kemandirian vs ragu-ragu
 - E. Identitas diri vs kebingungan
19. Seorang anak Laki-laki, 3 tahun, dibawa ibunya ke poli tumbuh kembang. Hasil Pemeriksaan:, ibu merasa khawatir akan aktivitas anaknya, banyak gerak, tidak bisa diam, suka memilih mainan yang disukainya. Tiap kali memegang mainan yang disukai, anak banyak bertanya. Apakah jenis permainan yang tepat diberikan untuk anak tersebut?
- A. Skill play
 - B. Solitary play
 - C. Simetris play
 - D. Onlooker play
 - E. Dramatik play
20. Seorang balita laki laki, 2,5 tahun, di rawat di ruang anak, dengan diagnosis TB Paru. Hasil anamnesis: ibu pasien mengatakan anak lemas, batuk terus menerus, dan anak kesulitan mengeluarkan dahak sejak 3 hari yang lalu. Hasil Pemeriksaan: Frekuensi Napas 40 x/menit, Frekuensi Nadi 100 x/menit, terdengar suara ronki di kedua lapang paru,

- kesulitan bernapas dan SpO₂ 97 %. Apakah intervensi keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- Lakukan suction
 - Berikan inhalasi
 - Berikan oksigen pada pasien
 - Ajarkan melakukan batuk efektif
 - Atur posisi fowler atau semi fowler
21. Seorang bayi laki-laki, 3 hari, dirawat di ruang NICU, dengan diagnosis pneumonia. Seorang perawat bertugas di ruang NICU, memberikan diet cair ASI kepada pasien melalui OGT. Langkah awal yang dilakukan perawat sebelum memasukan cairan yaitu dengan mengaspirasi cairan lambung menggunakan spuit 10 cc. Apakah prinsip etik yang diterapkan oleh perawat?
- Justice
 - Fidelity
 - Veracity
 - Beneficience
 - Non Maleficience
22. Seorang anak laki-laki, 10 tahun, dibawa ibunya ke IGD. Hasil anamnesis: ibu mengatakan anaknya panas sudah 3 hari, sakit pada ulu hati, minum sehari habis 500 cc, buang air kecil sedikit 3 kali sehari. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 100/70 mmHg, Frekuensi Nadi 110x/menit lemah, frekuensi napas 24 x/menit, Suhu 37,50C, anak tampak lemah, mukosa bibir kering, turgor kulit tidak elastis, hematokrit 48%. Dokter meminta untuk di pasang IVFD RL 20 tpm. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Nyeri akut
 - Hipertemia
 - Hipovolemia
 - Retensi urine

E. Risiko perdarahan

23. Seorang balita perempuan, 3 tahun, di bawa ke IGD. Hasil anamnesis: ibu mengatakan anak demam dan riwayat kejang sebelumnya. Hasil Pemeriksaan: fisik: Frekuensi Nadi 120 x/menit, Frekuensi Napas 30x/menit, Suhu 39,2°C, anak megalami penurunan kesadaran, dan terjadi kejang berulang. Apakah tindakan awal perawat dalam menangani kasus tersebut?
- A. Memonitor
 - B. Memberikan kompres hangat
 - C. Berkolaborasi pemberian Diazepam
 - D. Melakukan restrain dengan cara mengikat
 - E. Melonggarkan pakaian dan memiringkan kepala anak
24. Seorang anak perempuan, 5 tahun, dirawat di bangsal anak, dengan diagnosis leukimia. Hasil Pemeriksaan: fisik: Frekuensi Napas 24 x/menit, Suhu 37,8°C, BB 10 Kg. Pasien mendapatkan terapi antibiotik cefotaxim 25 mg/kg/BB, sediaan obat 1000 mg di encerkan dengan aquasteril 5 ml. Berapakah jumlah obat yang di berikan pada kasus tersebut?
- A. 1,25 ml
 - B. 1,75 ml
 - C. 2,25 ml
 - D. 2,50 ml
 - E. 2,75 ml
25. Anak perempuan, 2 tahun, dirawat di ruang anak dengan diagnosis Leukemia Limfosit Akut. Hasil Pemeriksaan: anak tampak lemah, hanya berbaring di tempat tidur, malas makan, Suhu 37,6 0C, Tekanan Darah 100/60 mmHg, Frekuensi Nadi 107x/menit, Hb 4,6 gr%. Orang tua cemas dengan kondisi anak. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Ansietas
 - B. Hipertermi
 - C. Risiko infeksi
 - D. Defisit nutrisi
 - E. Intoleransi aktivitas
26. Balita laki-laki, dibawa ibunya ke Puskesmas dengan keluhan perkembangan motoriknya tidak sama dengan anak seumurnya. Hasil Pemeriksaan: tanggal lahir anak 5 Nopember 2019. Saat ini tanggal 26 Mei 2022, perawat akan melakukan pemeriksaan perkembangan pada anak. Berapa umur kronologis pada kasus tersebut?
- A. 2 tahun, 3 bulan 21 hari
 - B. 2 tahun, 4 bulan 21 hari
 - C. 2 tahun, 5 bulan 21 hari
 - D. 2 tahun, 6 bulan 21 hari
 - E. 2 tahun, 7 bulan 21 hari
27. Seorang anak Laki-laki, 7 tahun, dirawat di RS dengan post kemoterapi leukemia. Hasil Pemeriksaan: anak mengeluh lemas, mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak mau makan, badan terasa hangat, pusing, BB 17 Kg, Suhu 37,7 0 C, Frekuensi Nadi 110x/menit, Frekuensi Napas 30x/menit. Orang tua bingung dengan konsisi anaknya Apakah masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Defisit nutrisi
 - B. Hipertermia
 - C. Nyeri akut
 - D. Nausea
 - E. Cemas
28. Balita Laki-laki, 4 tahun, diantar ke puskesmas karena mata merah dan gatal. Hasil Pemeriksaan: konjungtiva merah, mata sembab dan terdapat secret. Perawat melakukan perawatan mata dengan memberikan salep

- mata. Perawat menyiapkan salep, mencuci tangan, membersihkan mata dengan kapas air hangat, menarik kelopak mata bawah Apakah langkah selanjutnya yang paling tepat dilakukan oleh perawat?
- A. Mengeringkan mata
 - B. Menarik kelopak mata atas
 - C. Mengoleskan salep ke dalam kantong mata
 - D. Memberi balutan kassa di mata yang merah
 - E. Membersihkan secret yang masih menempel
29. Bayi Laki-laki, 1 hari, dirawat di ruang perinatology. Hasil Pemeriksaan:, bayi berada di box bayi, box bayi terletak dekat dengan aliran AC, berat badan 2500 gram, Frekuensi Nadi 140x/menit, Frekuensi Napas 55x/menit, Suhu 35,80C. Apakah proses kehilangan panas yang terjadi pada kasus tersebut?
- A. Evaporasi
 - B. Konduksi
 - C. Konveksi
 - D. Radiasi
 - E. Konpeksi
30. Seorang anak perempuan, 9 tahun, dengan diagnosis colitis ulseratif. Perawat melakukan pengkajian terkait data subyektif yang paling sering ditemukan pada kasus. Manakah data yang dimaksud?
- A. Kram perut yang terus menerus
 - B. Diare yang banyak
 - C. Mual dan muntah
 - D. Perut kembung
 - E. Fisura anal
31. Seorang anak Laki-laki, 7 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis stenosis pulmonal . Perawat akan membuat program pengajaran untuk orang tua pasien tersebut dan

akan menjelaskan gangguan apa yang terjadi pada anaknya. Manakah gangguan yang dimaksud pada kasus tersebut?

- A. Obstruksi aliran darah dari ventrikel kiri
- B. Obstruksi aliran darah dari ventrikel kanan
- C. Kebocoran sekat antara ventrikel kanan dan kiri
- D. Pembuluh tunggal yang muncul dari kedua ventrikel
- E. Kembalinya darah ke jantung tanpa masuk ke atrium kiri

Pembahasan Soal Anak

Terkadang kesulitan harus anda rasakan terlebih dahulu sebelum kebahagiaan sempurna datang kepada anda.

RA Kartini
1879 -1904 M

1. Jawaban: A. Diare

Kata kunci: BAB cair dengan frekuensi 4x dalam sehari, mual muntah, sakit perut dan mata cekung

Pembahasan: Masalah keperawatan prioritas yang tepat pada kasus adalah Diare, yang didefinisikan sebagai pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk (SDKI 2016). BAB cair 4x/24 jam merupakan gejala mayor dari diagnosis diare, sedangkan nyeri perut merupakan gejala minor dari diagnosis diare. Berdasarkan (MTBS 2015) anak dengan gejala diare, rewel dan mata cekung diklasifikasikan sebagai diare dehidrasi ringan/sedang.

Referensi: Soetjiningsih, Ngastiyah, Donna L Wong, SDKI 2016, MTBS 2015

2. Jawaban: E. Menyusui Tidak efektif

Kata kunci: Pemberian ASI

Pembahasan: Menyusui tidak efektif didefinisikan sebagai suatu kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui, yang didukung dengan data, kelelahan maternal, bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, BAK bayi kurang dari 8x dalam 24 jam, nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua (SDKI 2016)

Referensi: Soetjiningsih, Ngastiyah, Donna L Wong, SDKI 2016

3. Jawaban: E. Diare Dehidrasi Berat

Kata kunci: MTBS, Diare

Pembahasan: Berdasarkan data diatas, interpretasi masalah anak sesuai dengan MTBS adalah diare dehidrasi

berat. Klasifikasi Diare Berat jika ditemukan dua atau lebih tanda-tanda berikut: Letargi atau tidak sadar, mata cekung, tidak bisa minum atau malas minum, dan cubitan kulit perut Kembali sangat lambat

Referensi: Soetjningsih, Ngastiyah, Donna L Wong, MTBS 2015

4. **Jawaban: C. DPT-HB-Hib 1, Polio 2**
Kata kunci: Immunisasi dasar pada bayi

Pembahasan: Berdasarkan data pada kasus tersebut imunisasi yang didapatkan oleh bayi saat ini adalah DPT-HB-Hib 1, Polio 2, hal tersebut sesuai dengan rekomendasi dari IDAI dan Kemenkes serta dapat dilihat pada buku KMS.

Referensi: Soetjningsih, KMS, IDAI, Kemenkes

5. **Jawaban: C. Motorik Kasar**
Kata kunci: Pertumbuhan dan Perkembangan

Pembahasan: Berdasarkan data pada kasus, perawat sedang melakukan uji keterampilan motorik kasar pada anak. Motorik kasar merupakan salah satu metode Denver yang menilai duduk, jalan, melompat, dan gerakan umum otot besar.

Referensi: Soetjningsih, Ngastiyah, DDST

6. **Jawaban: E: 5**
Kata kunci: Penilaian Apgar score

Pembahasan:
Penilaian apgar didasarkan pada kriteria berikut ini :

Ektremitas biru pucat, tubuh merah : 1

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			

Frekuensi Nadi < 100 : 1

Bayi merintih : 1

Gerakan sedikit : 1

Napas lemah merintih : 1

Sehingga dari kasus tersebut, apgar skore bayi adalah 5

Referensi: Hatfield, Nancy, T. (2008). Broadribbs Introductory Pediatric Nursing. Seventh Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

7. **Jawaban: D. Melakukan pengisapan lendir/suction**
Kata kunci: Tindakan suction

Pembahasan:

Dari kasus tersebut, masalah keperawatan yang ada berdasarkan prioritas adalah

1. Bersihan jalan napas tidak efektif
2. Hipertermia
3. Risiko cedera

Masalah keperawatan utama pada kasus tersebut bersihan jalan napas tidak efektif: Salah satu upaya untuk membebaskan jalan napas adalah melakukan suction, dan dilanjutkan dengan memiringkan pasien.

Referensi: Hatfield, Nancy, T. (2008). Broadribbs Introductory Pediatric Nursing. Sevent Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

8. **Jawaban: E. Menghentikan aliran transfusi darah**
Kata kunci: Reaksi transfusi

Pembahasan: Dari kasus tersebut, saat perawat melakukan tindakan tranfusi, maka 15 menit di awal, perawat harus melakukan observasi kemungkinan terjadinya reaksi transfusi. Pada kasus tersebut terjadi hal demikian, sehingga hal pertama yang harus dilakukan saat menjumpai reaksi transfuse yang berpotensi membahayakan pasien adalah menghentikan tindakan tranfusi untuk sementara, sambil kemudian konsul dengan dokter.

Referensi: Hatfield, Nancy, T. (2008). Broadribbs Introductory Pediatric Nursing. Sevent Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

9. **Jawaban: D. Perfusi perifer tidak efektif**
Kata kunci: Thalesemia pada anak

Pembahasan: Masalah keperawatan pada kasus adalah:

5. Intoleransi aktivitas dengan data lemas karena pucat juga Hb rendah.
6. Hipertermia dengan dasar Suhu diatas rentang normal,> 37,5
7. Pola napas tidak efektif dengan data Frekuensi Napas > normal; > 24 x/menit
8. Gangguan pertumbuhan dengan data anak kurus, meski ini masih merupakan data minor

9. Perfusi perifer tidak efektif dengan data: CRT > 3 detik; bibir dan kuku sianosis, wajah pucat, HB rendah

Saat ditanyakan masalah keperawatan utama pada kasus, maka kita harus berpedoman pada masalah yang mengancam kehidupan anak yaitu perfusi perifer tidak efektif.

Referensi: Hatfield, Nancy, T. (2008). Broadribbs Introductory Pediatric Nursing. Seventh Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

10. **Jawaban: a. 1200 ml**
Kata kunci: BB Anak 14 kg

Pembahasan: Rumus Holiday Segar
10 kg pertama x 100cc
10 kg kedua x 50 cc
BB sisa dikali 20 cc

Referensi: Mathew, A., & Rai, E. (2021). Pediatric perioperative fluid management. Saudi Journal of Anesthesia, 15(4), 435-440.

11. **Jawaban: c. 20 tetes/menit**
Kata kunci: Bayi 10 bulan

Pembahasan: (KCxFT): Waktu dalam jam x 60 menit: 20,88 tpm (memakai faktor tetes mikro=60)

Referensi: Oktiawati, A, Khodijah, Setyaningrum, I & Dewi, R.C. (2017). Teori dan konsep keperawatan pediatrik. Jakarta: Trans info media

12. Jawaban: c. menyambungkan selang infus**Kata kunci: Tindakan selanjutnya**

Pembahasan: setelah insersi atau masuknya jarum IV cateter dilakukan menyambungkan selang infus

Referensi: Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2021). Pedoman standar prosedural operasional keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

13. Jawaban: b. kolaborasi untuk pemberian analgetic**Kata kunci: Skala nyeri 7**

Pembahasan: Skala nyeri 7 harus diberikan analgesic

Referensi: Casman, Allenidekania, & Hayati, H. (2021). Distraksi Berbasis Model Adaptasi Roy : Intervensi Mengurangi Kecemasan Dan Nyeri Pemasangan Infus Pada Anak Kanker. Quality : Jurnal Kesehatan, 15(47), 131–141. <https://doi.org/10.36082/qjk.v15i2.307>

14. Jawaban: d. Gangguan pertukaran gas**Kata kunci: Asidosis respiratorik**

Pembahasan: Data mayor SDKI untuk diagnosis gangguan pertukaran gas adalah adanya nilai AGD

Referensi: Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2021). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

15. Jawaban: D. ASI tetap diberikan ditambah dengan MPASI sesuai umur bayi**Kata kunci: Umur bayi 10 bulan**

Pembahasan: ASI diberikan hingga umur 2 tahun, MPASI mulai diberikan saat bayi umur 6 bulan, hingga 12 bulan sebagai masa transisi ke tekstur makanan seperti orang dewasa.

Referensi:

Bulan, A., Pujiastuti, N., & Fajar, I (2013). Ilmu Gizi untuk Praktisi Kesehatan, Graha Ilmu: Yogyakarta

Pujiastuti, N (2020). Posisi dan Pelekatan Bayi dengan Pendekatan Teori Segitiga Cinta. Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang

Roesli, U (2005). Mengenal ASI Eksklusif, Trubus Agriwidya

16. **Jawaban: d. BCG**

Kata kunci: Imunisasi untuk mencegah TB Paru

Pembahasan: Imunisasi dasar untuk bayi dengan tujuan mencegah terinfeksi TB Paru adalah imunisasi BCG yang dapat diberikan saat bayi lahir dengan BB diatas 3 kg, atau saat kunjungan awal ke posyandu (saat bayi lahir belum diimunisasi)

Referensi:

Yuliasati dan Arnis, 2016, Modul Keperawatan Anak, Pusdik SDM Kemenkes RI

Wong Donna L, Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik, EGC, 2003, Jakarta

17. **Jawaban: C. Berikan mainan remasan lembut**

Kata kunci: Memegang mainan (motorik halus)

Pembahasan: Untuk menstimulasi motorik halus bayi menggunakan mainan yang dapat dipegang bayi dengan tekstur yang beragam

Referensi:

Yuliasati dan Arnis, 2016, Modul Keperawatan Anak, Pusdik SDM Kemenkes RI

Wong Donna L, Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik, EGC, 2003, Jakarta

18. **Jawaban: b. Inisiatif vs rasa bersalah**

Kata kunci: Tahap perkembangan menurut Erik Erikson, umur anak 3-5 tahun

Pembahasan: Tahap inisiatif versus rasa bersalah terjadi pada umur 3-5 tahun. Anak belajar mengeksplorasi dirinya melalui permainan dan berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya.

Referensi:

Yuliasati dan Arnis, 2016, Modul Keperawatan Anak, Pusdik SDM Kemenkes RI

Erik Erikson, 2010, Childhood and Society, Pustaka Pelajar: Yogyakarta

19. **Jawaban: D. Onlooker play**

Kata kunci: Permainan untuk umur 3 tahun,

Pembahasan: Umur 3-5 tahun, anak cenderung banyak bertanya tentang segala sesuatu terutama permainan yang sedang dilakukannya. Umumnya anak banyak mengulang pertanyaan yang sama meskipun sudah dijelaskan.

Referensi:

Andini Pupung Puspita, Anik Lestarinigrum. 2018. Bermain dan Permainan Anak Umur Dini. Nganjuk: Adjie Media Nusantara.

Yuliasati dan Arnis, 2016, Modul Keperawatan Anak, Pusdik SDM Kemenkes RI

20. Jawaban: b. Berikan inhalasi

Kata kunci: Anak tidak bisa mengeluarkan dahak, susah bernapas, terdengar suara ronki di kedua lapang paru, saturasi oksigen 97 %.

Pembahasan: Jawaban yang tepat pada kasus tersebut adalah B pemberian inhalasi.

Inhalasi adalah alat pengobatan dengan cara memberi obat untuk dihirup agar dapat langsung masuk menuju paru-sehingga obat bisa langsung bekerja di saluran bernapas, sehingga anak bisa mengeluarkan dahak, mengingat anak juga masih umur 2.5 tahun,.

Jawaban A: Suction juga tidak tepat karena suction di berikan setelah proses inhalasi, di mana dilakukan suction setelah inhalasi tidak berhasil dalam pengeluaran dahak baru dilakukan suction.

Jawaban C: Pemberian oksigen tidak tepat di lakukan karena masalah anak tersebut tidak bisa mengeluarkan dahak sehingga mengalami kesulitan pernapasan, jadi yang harus diatasi dulu adalah pengeluaran dahaknya.

Jawaban D: Anjurkan batuk efektif juga kurang tepat, mengingat pasien baru umur 2,5 tahun, dan belum bisa untuk di latih batuk efektif.

Jawaban E: Atur posisi semi fowler juga tidak tepat karena tidak efektif untuk dilakukan pada anak umur tersebut, atur posisi hanya berfungsi untuk memaksimalkan ekspansi paru dan tidak berpengaruh kepada pengeluaran dahak

Referensi: SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.

21. Jawaban: e. Non Maleficence

Kata kunci: Perawat memberikan diet cair ASI kepada pasien melalui OGT. Langkah awal yang dilakukan perawat sebelum memasukan cairan yaitu dengan mengaspirasi cairan lambung menggunakan spuit 10 cc.

Pembahasan: Non malificence adalah tidak merugikan, dimana di sini perawat saat melakukan tindakan tidak menimbulkan bahaya, cedera baik fisik maupun psikologis dan sesuai dengan SOP. Tindakan mengaspirasi terlebih dahulu sebelum memasukkan ASI melalui OGT bermanfaat untuk memastikan kepatenan dari selang ogt, pengecekan keadaan lambung klien, supaya tiidak terjadi kefatalan dalam memberikan prosedur tindakan.

Jawaban A: Justice (keadilan) menjelaskan perawat harus adil terhadap pasien, dan ini tidak berkaitan sama kasus

Jawaban B: Fidelity (kesetiaan) tidak tepat karena prinsip ini tidak ada kaitannya dengan kesetiaan perawat

Jawaban C: Veracity (kejujuran) tidak ada kaitannya dengan soal

Jawaban D: Beneficience (kebaikan), prinsip ini tidak tepat karena di sini menjelaskan kalau perawat melakukan tindakan kebaikan kepada pasien, misal pasien membantu memberikan makan lewat ogt, tetapi di sini lebih menekankan, bahwa dilakukan teknik menginspirasi itu untuk mencegah adanya bahaya lain yang akan merugikan pasien, jadi prinsip bemeficience tidak tepat.

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

22. Jawaban: c. Hipovolemia

Kata kunci: BAK sedikit 3 kali sehari. Hasil Pemeriksaan: di dapatkan data: anak tampak lemah, mukosa bibir kering, turgor kulit tidak elastis, Suhu tubuh 37,50C, TEKANAN DARAH 100/70 mmHg, Frekuensi Nadi 110 x /menit dan teraba lemah, Frekuensi Napas 24 x/menit, hematokrit 48 %.

Pembahasan:

Hipovolemia adalah Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler hal ini bisa di sebabkan peningkatan permeabilitas kapiler. Hal ini pada kasus di perkuat dengan adanya data pasien tampak lemah, membran mukosa kering, turgor kulit tidak elastis, terjadi peningkatan hematokrit (normalnya 34,9 - 44.5 %) Frekuensi Nadi 110 menunjukkan takikardi, Frekuensi Napas meningkat menunjukkan takipnea, Frekuensi Nadi teraba lemah, volume urin turun berdasarkan data data tersebut dan masalah yang harus segera di atasi, sehingga diagnosis yang tepat mengarah pada hipovolemia

Jawaban A: Nyeri akut tidak tepat karena pada kasus klien mengeluh nyeri tetapi tanda tanda lain yang mendukung seperti tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, sulit tidur tidak ada

Jawaban B: Hipertemia juga tidak tepat karena tidak menunjukkan Suhu di atas normal, pada kasus Suhnya tidak melebihi 37,5 0C.

Jawaban D: Retensi urin juga tidak tepat karena pada kasus dikatakan Buang air kecil sedikit hal ini di karenakan pasien kurang minum, dan pada kasus tidak ada tanda tanda mayor sensasi penuh pada kandung kemih, tekanan Darah ada dysuria

Jawaban E: Risiko perdarahan tidak tepat, diagnosis risiko adalah masalah risiko dimana klien berpotensi mengalami perdarahan atau kehilangan darah baik dari dalam maupun luar sedangkan pada kasus tidak ditemukan tanda tanda perdarahan, seperti pteki, mimisan dan lain-lain.

Referensi: SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.

23. **Jawaban: e. Melonggarkan pakaian dan memiringkan kepala anak**
Kata kunci: tindakan perawat pertama kali dalam menangani kasus tersebut

Pembahasan: Jawabannya melonggarkan pakaian dan memiringkan kepala anak, pada fase tindakan kejang berulang langkah- langkahnya sebagai berikut:

- 1) Pada pasien tidak sadar pertama kali kita amankan airwaynya baru breathingnya, langkah pertama dengan cara melonggarkan pakaian untuk memudahkan anak bernapas, dan posisikan anak terlentang dengan kepala di miringkan dengan tujuan untuk menjaga patensi jalan napas, supaya tidak terjadi aspirasi lambung saat terdapat akumulasi sekret
- 2) Bebaskan hal hal yang mengagu pernapasan dengan cara bersihkan muntahan, lendir baik dari mulut ataupun hidung agar oksigen tidak terhambat dan untuk menjamin kebutuhan oksigen
- 3) Monitor cara paling akurat adalah dengan Suhu rektal
- 4) Observasi lama kejang dan fase kejang
- 5) Dampingi klien

- 6) Kalaborasi pemberian obat deazepam
- 7) Berikan kompres hangat

Referensi: Sacharin, M Rossa. 2001. Prinsip Keperawatan Pediatric. Jakarta: EGC.

24. **Jawaban: a. 1,25 ml**

Kata kunci: Antibiotik cefotaxim 25 mg/kg/BB. Sediaan obat 1000 mg di encerkan dengan aquasteril 5 ml. Hasil Pemeriksaan: BB 10 kg, Frekuensi Napas 24 x/menit, Suhu tubuh 37,8°c

Pembahasan:

Diketahui:

dosis pemberian : 250 mg

dosis sediaan : 1000 mg

volume sediaan : 5 ml

sediaan obat : $1000 \text{ mg} / 5 \text{ ml} = 200 \text{ mg}/1\text{ml}$

Dosis obat : $25 \times 10 = 250 \text{ mg}$

Rumus menghitung dosis obat

(Dosis pemberian: dosis sediaan) x volume sediaan

$(250 : 1000) \times 5$

$= 1,25 \text{ ml}$

Referensi: Bulu Pelayanan kesehatan Anak di RS (2016)

25. **Jawaban: E. Intoleransi aktivitas**

Kata kunci: diagnosis Leukemia

Pembahasan: Leukemia adalah kanker sel darah putih. Kanker ini menyerang sumsum tulang. sumsum tulang didominasi oleh sel-sel kanker, sehingga fungsi sumsum tulang terganggu. Sumsum tulang terletak di rongga

tulang yang berfungsi sebagai tempat produksi komponen-komponen darah, seperti sel darah merah, trombosit dan sel darah putih. Leukemia menyebabkan fungsi sumsum tulang terganggu, sehingga seluruh kegiatan produksi darah (hematopoesis), yaitu: pembentukan sel darah merah (eritropoesis), pembentukan sel limfosit (limfopoesis), pembentukan trombosit (trombopoesis) dan granulopoesis mengalami gangguan. Anak yang menderita sakit ini akan mengalami anemia dan intoleransi aktifitas.

Berdasarkan kasus pada soal disampaikan. Hasil Pemeriksaan: menunjukkan anak mengalami kelemahan dan hanya berbaring di tempat tidur, Hb 4.6 gr/dl merupakan tanda yang menunjang ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Berdasarkan hal tersebut bisa disimpulkan diagnosis keperawatan yang muncul adalah intoleransi aktifitas.

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

26. **Jawaban: D. 2 tahun, 6 bulan 21 hari**
Kata kunci: menghitung umur anak

Pembahasan:

Cara menghitung umur anak adalah dengan mengurangi tanggal pemeriksaan dengan tanggal lahir anak.

Urutan cara mengurangnya dimulai dari hari *tanggal), bulan, tahun.

Prinsip perhitungannya apabila hari (tanggal) tidak bisa dikurangi karena lebih kecil maka meminjam pada bulan (dengan menambah 30), apabila bulan tidak bisa dikurangi karena lebih kecil maka mengambil di tahun, (menambah 12).

Pada kasus tersebut cara perhitungannya adalah tanggal pemeriksaan 26 Mei 2022 dikurangi tanggal lahir 5 nopember 2019, maka umur anak adalah sebagai berikut

2022	055+12=17	26
2019	11	5
<hr/>		
2 th	6 bulan	21 hari

Referensi: Kemenkes RI. (2010). Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh kembang Anak

27. **Jawaban: D. Nausea**

Kata kunci: kemoterapi leukemia

Pembahasan: Kasus tersebut adalah kasus anak dengan leukemia. Salah satu pengobatan leukemia adalah kemoterapi. Anak dengan pengobatan kemoterapi dapat mengalami efek post kemoterapi diantaranya fatigue, nyeri, stomatitis, mual muntah. Gejala mual, merasa ingin muntah, tidak mau makan merupakan tanda kalau anak mengalami masalah keperawatan nausea.

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

28. **Jawaban: C. Mengoleskan salep ke dalam kantong mata**

Kata kunci: Tahapan memberikan salep mata

Pembahasan: Tahapan memberikan salep mata:

- Cuci tangan
- Membersihkan mata
- Pegang tube salep mata
- Menarik kelopak mata bawah

- e. Oleskan salep ke dalam kantong mata
- f. Kedipkan mata secara perlahan
- g. Tutup mata selama 1-2 menit
- h. Bersihkan salep mata yang bercecer
- i. Pasang kembali tutup tube
- j. Mencuci tangan

Referensi: Keyle, T.E & Carman, S. (2015). Buku ajar keperawatan pediatrik volume 1. Jakarta: EGC

29. **Jawaban: C. Konveksi**

Kata kunci: proses kehilangan panas

Pembahasan: Mekanisme kehilangan panas terdiri dari evaporasi, radiasi, konveksi dan konduksi.

Kehilangan panas evaporasi merupakan kehilangan panas karena penguapan.

Kehilangan panas radiasi merupakan kehilangan panas pada benda padat yang lebih dingin di ruangan yang tidak berkontak langsung dengan bayi.

Kehilangan panas konduksi merupakan kehilangan panas dari tubuh akibat kontak langsung kulit dengan benda padat yang lebih dingin.

Kehilangan panas konveksi merupakan konveksi sama dengan konduksi hanya kehilangan panasnya dibantu oleh aliran udara di sekitarnya.

Referensi: Hockenberry, M. J, Wilson, D. (2009). Wong's essential of pediatric nursing. Eight Edition. USA : CV

30. **Jawaban: B. Diare yang banyak**

Kata kunci: Kolitis ulseratif, Hasil Pemeriksaan: umum

Pembahasan: Temuan penilaian yang paling umum pada anak dengan kolitis ulseratif adalah diare yang banyak.

Gejala utama kolitis ulseratif adalah diare berdarah, dengan atau tanpa lendir. Gejala lain termasuk darah di toilet, di kertas toilet, atau di tinja. Secara khas, ini melibatkan peradangan yang terbatas pada mukosa dan submukosa usus besar. Biasanya, penyakit dimulai di rektum dan meluas ke proksimal secara terus menerus.

Referensi: Hockenberry, M.J., Wilson, D., & Rodgers, C.C. (2017). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*, Tenth edition ISBN: 978- 0-323-35316-8, St. Louis, Missouri: Elsevier, Inc.

31. **Jawaban: B. Obstruksi aliran darah dari ventrikel kanan.**
Kata kunci: Stenosis pulmonal

Pembahasan: Stenosis pulmonal mengacu pada obstruksi aliran darah dari ventrikel kanan. Stenosis pulmonal adalah cacat pada katup pulmonal di mana katup menjadi kaku sehingga menyebabkan penyumbatan aliran. Penyakit ini biasanya bawaan, jinak, dan didiagnosis pada pasien anak dengan perawatan yang berpotensi kuratif. Truncus arteriosus melibatkan satu pembuluh darah yang muncul dari kedua ventrikel. Persistent truncus arteriosus (TA) adalah kelainan jantung sianotik yang langka, bawaan, yang ditandai dengan defek septum ventrikel (VSD), katup batang tunggal, dan saluran keluar ventrikel umum (OT).

Pemeriksaan fisik dapat mengungkapkan beberapa tanda stenosis pulmonal, tergantung pada tingkat keparahan dan keterampilan praktisi. Pemeriksaan jantung dapat mengungkapkan heave parasternal kiri, sekunder dari hipertrofi ventrikel kanan. Auskultasi pada batas sternal kiri atas dapat mengungkapkan murmur ejeksi sistolik yang menjalar ke belakang. Anomali total komunikasi vena

pulmonal melibatkan kembalinya darah ke jantung tanpa masuk ke atrium kiri dan obstruksi aliran darah dari ventrikel kiri.

Referensi: Hockenberry, M.J., Wilson, D., & Rodgers, C.C. (2017). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*, Tenth edition ISBN: 978- 0-323-35316-8, St. Louis, Missouri: Elsevier, Inc.

Contoh Soal

Komunitas Keluarga Gerontik

Banyak orang menyebut penderitaan mereka sebagai nasib, tapi sesungguhnya penderitaan adalah akibat kebodohan mereka sendiri.

Jenderal Soedirman
1916 -1950

1. Perawat melakukan kunjungan keluarga, didapatkan Laki-laki, 45 tahun, mengeluh batuk, berkeringat pada malam hari dan nafsu makan berkurang. Hasil anamnesis: pernah memeriksakan diri ke puskesmas dan didiagnosis menderita penyakit tuberculosis. Hasil Pemeriksaan: Frekuensi Napas 24 x/menit, Suhu 37,5oC, minum obat selama 3 bulan dan berhenti begitu karena merasa sudah sembuh, BB 49 kg, TB 150 cm. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
 - A. Defisit pengetahuan tentang TBC
 - B. Risiko defisit nutrisi
 - C. Ketidakpatuhan
 - D. Risiko infeksi
 - E. Keletihan

2. Perawat puskesmas melakukan kunjungan rumah, Saat pengkajian, didapatkan data bahwa terdapat salah satu anggota keluarga hamil 30 minggu yang belum sama sekali melakukan pemeriksaan kesehatan. Perawat memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya melakukan pemeriksaan kesehatan selama kehamilan. Apakah peran perawat pada kasus tersebut?
 - A. Edukator
 - B. Fasilitator
 - C. Counselor
 - D. Care Provider
 - E. Health Monitor

3. Laki-laki, 45 tahun, menikah dengan Perempuan, umur 40 tahun, memiliki tiga orang anak masing-masing umur 20 tahun, 15 tahun, dan 10 tahun,. Saat ini keluarga tersebut tinggal satu rumah bersama adik iparnya dan mertuanya. Apakah tipe keluarga yang tepat berdasarkan kasus tersebut?
 - A. Dyad family

- B. Single parent
 - C. Nuclear family
 - D. Extended family
 - E. Commuter family
4. Laki-laki, 45 tahun, dan istrinya 48 tahun, memiliki tiga orang anak masing-masing umur 18 tahun, 15 tahun, dan 9 tahun. Berdasarkan hasil tes diagnostik istrinya didiagnosis menderita ca mammae stadium 3 a. Perawat telah melakukan edukasi terkait kondisi klien berdasarkan Hasil Pemeriksaan: Perawat memfasilitasi keluarga untuk bermusyawarah dalam memutuskan terapi untuk klien. Apakah prinsip etis yang sesuai dengan kasus tersebut?
- A. Fidelity
 - B. Otonomi
 - C. Beneficence
 - D. Confidentiality
 - E. Nonmaleficence
5. Seorang perawat keluarga melakukan kunjungan rumah kepada pasien yang memiliki seorang balita umur 2 tahun,. Hasil Pemeriksaan: diperoleh data: anak BAB cair 8 kali, anak minum lahap, rewel, turgor kulit lebih dari 3 detik, Frekuensi Nadi 150 x/ menit. BB saat posyandu bulan sebelumnya adalah 13 kg, dan BB saat ini 12,5 kg. Apakah tindakan keperawatan yang tepat sesuai kasus?
- A. Berikan pendidikan kesehatan tentang proses penyakit diare
 - B. Diskusikan deteksi risiko untuk mengenal tanda bahaya diare
 - C. Diskusikan tentang dukungan pembuatan keputusan
 - D. Ajarkan manajemen cairan
 - E. Ajarkan manajemen mual

6. Seorang perawat melakukan kunjungan rumah, menemukan Perempuan (55 tahun) dengan ulkus diabetikum. Anaknya mengatakan bahwa ibunya baru saja pulang dari RS. Anaknya bingung bagaimana harus merawat luka ibunya karena tidak mendapatkan informasi terkait cara perawatan luka dari RS. Berdasarkan kasus tersebut, apa tindakan keperawatan yang tepat?
- A. Melakukan tindakan perawatan luka
 - B. Memberikan Penkes seputar penyakit DM
 - C. Memberikan informasi terkait cara perawatan luka
 - D. Memberikan Penkes dan mendemostrasikan cara perawatan luka DM
 - E. Memberikan Penkes seputar cara perawatan anggota keluarga dengan DM
7. Pada saat pengkajian kepada sebuah keluarga, Perawat menemukan Perempuan (50 tahun,) mengeluh lemas dan sering merasa lapar. Hasil Pemeriksaan: gula darah PP 220 mg/dL. Klien mengeluh tiba-tiba lemah dan kakinya merasa sering kesemutan. Saat ditanya tentang penyakit Diabetes Melitus, klien tampak bingung dan tidak mengerti penyebab penyakit DM. Tugas kesehatan keluarga yang belum dapat dipenuhi oleh keluarga untuk kasus tersebut adalah?
- A. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
 - B. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
 - C. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
 - D. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas Kesehatan
 - E. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah keperawatan
8. Keluarga Ny. W menjaga kebersihan rumah. Lantai dijaga agar tidak tergenang air, tidak ada pecahan kaca yang

- berisiko menimbulkan cedera. Ny. W diminta keluarga agar selalu menggunakan sandal supaya kaki tidak lecet. Tugas kesehatan keluarga yang telah dipenuhi oleh keluarga untuk kasus tersebut adalah?
- A. Kemampuan keluarga mengenal masalah
 - B. Kemampuan keluarga mengambil keputusan
 - C. Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan
 - D. Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan
 - E. Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
9. Seorang perawat pada saat melakukan kunjungan rumah menemukan Perempuan (50 tahun,) dengan penyakit DM. Perawat hendak meningkatkan kemampuan keluarga agar mampu mengambil keputusan yang tepat. Apa tindakan yang harus dilakukan perawat?
- A. Mengajari keluarga memilih makanan yang tepat untuk diit DM
 - B. Menjelaskan tentang pengertian, penyebab, gejala dan pencegahan penyakit DM
 - C. Menjelaskan alternatif tindakan yang dilakukan dalam merawat keluarga dengan DM
 - D. Mendemostrasikan tentang personal hygiene dan perawatan luka yang mengalami luka di kaki
 - E. Menjelaskan tentang pengaturan lingkungan yang sehat agar terhindar dari kecelakaan yang menyebabkan luka pada kaki
10. Perawat komunitas melakukan kunjungan keluarga dan didapatkan klien Perempuan, umur 56 tahun, mengalami hemiparesis sejak 6 bulan yang lalu. Klien tinggal berdua dengan suaminya. Selama ini tidak pernah pergi ke dokter karena tidak memiliki biaya. Perawat dan klien berencana mengunjungi unit pelayanan rehabilitasi di RS terdekat

guna penanganan kondisinya. Apakah peran yang dilakukan perawat pada kasus tersebut ?

- A. Edukator
- B. Advokator
- C. Fasilitator
- D. Konsultan
- E. Kolaborator

11. Perawat komunitas melakukan pengkajian di keluarga, di dapatkan klien Laki-laki, umur 35 tahun, memiliki pekerjaan sebagai tukang ikan keliling. Seminggu yang lalu mengalami kecelakaan sehingga kaki kanan mengalami patah dan tidak dapat digerakkan. Pasien saat ini hanya bisa terbaring di tempat tidur. Kebutuhan sehari-hari dibantu keluarga. Klien sangat khawatir tidak bisa lagi mencari nafkah untuk keluarga. Apakah fungsi keluarga yang terganggu pada kasus tersebut ?

- A. Fungsi Afektif
- B. Fungsi Ekonomi
- C. Fungsi Sosialisasi
- D. Fungsi Reproduksi
- E. Fungsi Perawatan Kesehatan

12. Pada kunjungan keluarga didapatkan klien Laki-laki, umur 54 tahun, tinggal bersama istri dan ketiga orang anaknya. Klien mengatakan sangat bersyukur bisa memenuhi seluruh kebutuhan keluarganya baik fisik maupun psikologis, dan juga masih bisa memberikan sumbangan setiap bulan untuk pembangunan mesjid di desanya. Dari hasil observasi didapatkan rumah klien permanen terdiri dari dua lantai dan halaman yang luas. Apakah tahapan keluarga sejahtera pada kasus tersebut ?

- A. Keluarga pra sejahtera
- B. Keluarga sejahtera tahap I
- C. Keluarga sejahtera tahap II

- D. Keluarga sejahtera tahap III
 - E. Keluarga sejahtera tahap III plus
13. Pada saat kunjungan keluarga di dapatkan Perempuan, umur 26 tahun, memiliki tiga orang anak yang masing-masing umur 6 tahun, 4 tahun, dan 2 tahun,. Klien mengatakan tidak ada waktu untuk membersihkan rumah karena kewalahan dalam mengurus anak-anak nya. Dari hasil observasi didapatkan rumah tampak kotor, mainan berserakan di lantai, pencahayaan kurang. Apakah intervensi yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Pendidikan kesehatan KB
 - B. Pendidikan metode permainan edukatif
 - C. Pendidikan kesehatan hidup bersih dan sehat
 - D. Pendidikan kesehatan tentang pemeliharaan rumah
 - E. Pendidikan kesehatan tentang tumbuh kembang anak
14. Saat melakukan kunjungan rumah, seorang perawat mendapatkan Perempuan, umur 26 tahun, post partum 20 hari, mengeluh ASI tidak keluar. Hasil Pemeriksaan: klien mengatakan membatasi minum air putih karena takut luka persalinan lama sembuh. Saat ini klien juga sudah memberikan susu formula pada bayinya karena khawatir bayinya tidak cukup makanan. Perawat menganjurkan untuk minum banyak agar asinya lancar. Namun anjuran perawat tersebut dianggap kurang sesuai budaya setempat. Apakah intervensi yang tepat yang harus dilakukan perawat ?
- A. Menyalahkan kebiasaan setempat
 - B. Menganjurkan memberikan ASI eksklusif
 - C. Menganjurkan untuk tetap minum banyak
 - D. Pendidikan kesehatan tentang kebutuhan cairan selama menyusui
 - E. Penjelasan pentingnya ASI untuk nutrisi dan pertumbuhan bayi

15. Sebuah keluarga terdiri dari Bapak, Ibu dan dua anak remaja. Bapak menderita HIV/ AIDS sejak satu tahun, yang lalu. Keluarga berharap perawat tidak memberitahu tetangga lain tentang keadaan tersebut. Apakah prinsip etik yang harus dipatuhi perawat pada kasus tersebut?
- A. Non maleficiency
 - B. Confidentiality
 - C. Accountabillity
 - D. Veracity
 - E. Justice
16. Perempuan, 57 tahun, tinggal bersama anak, menantu serta tiga orang cucu. Mengeluh batuk berdahak sejak 3 minggu yang lalu, terkadang ada sedikit darah. Suhu badan meningkat pada malam hari, Berat badan menurun. Perawat menganjurkan keluarga untuk membawa perempuan tersebut di atas ke Puskesmas. Apakah prinsip etik pada kasus tersebut?
- A. Non maleficiency
 - B. Accountabillity
 - C. Beneficence
 - D. Veracity
 - E. Justice
17. Laki-laki, 47 tahun, tinggal bersama istri dan ketiga anaknya. Mengeluh batuk bercampur sedikit darah sejak 3 minggu yang lalu. Berkeringat pada malam hari, tidak nafsu makan, berat badan menurun, tampak kelelahan. Pemeriksaan penunjang spesifik untuk klien pada kasus tersebut?
- A. Gula darah sewaktu
 - B. Pemeriksaan dahak
 - C. Laju endap darah
 - D. Kholesterol

E. Kreatinin

18. Laki-laki, 50 tahun, tinggal bersama istri dan kedua anaknya. Mengeluh sejak dua bulan yang lalu menderita stoke, sulit menggerakkan ekstremitas bawah, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun dan malas melakukan pergerakan. Diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Gangguan mobilitas fisik
 - B. Gangguan mobilitas social
 - C. Gangguan mobilitas mental
 - D. Gangguan mobilitas emosional
 - E. Gangguan mobilitas intelektual
19. Seorang perawat mengunjungi sebuah keluarga, menemukan Perempuan, umur 45 tahun, menderita TB paru dan sudah menjalani pengobatan selama 3 bulan. Pasien mengeluh mual dan muntah. Keluarga merasa hal itu sebagai kondisi biasa dan tidak melakukan tindakan apapun. Apa tindakan utama perawat untuk mengatasi masalah tersebut?
- A. Latihan batuk efektif
 - B. Tidur nyenyak di malam hari
 - C. Menganjurkan olah raga secara teratur
 - D. Menyarankan makan porsi kecil tetapi sering
 - E. Rendam kaki dalam air hangat dengan larutan garam
20. Laki-laki, 55 tahun, sejak 6 bulan lalu menderita hipertensi, mengeluh pusing dan banyak tiduran. Tensi 170/100 mmHg, Frekuensi Nadi 100 kali permenit, Suhu 37o C, Frekuensi Napas 28 kali permenit. Pada saat kunjungan rumah, keluarga mengatakan kepada perawat, klien senang makan nasi berlemak dan sulit untuk merubah kebiasaan makan tersebut. Apakah diagnosis keperawatan keluarga utama pada kasus tersebut?

- A. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif
 - B. Gangguan pemeliharaan lingkungan
 - C. Ketidakefektifan coping keluarga
 - D. Gangguan proses keluarga
 - E. Gangguan performa peran
21. Perawat mengunjungi keluarga, yang memiliki seorang anak dan menolak kedatangannya. Ibu mengakui jika memang anak sering sendirian bermain di rumah, dan merasa kurang memberikan arahan bagaimana menyambut tamu. Hal ini disebabkan karena kesibukannya mengurus warung jajannya. Apakah fungsi keluarga utama yang kemungkinan terganggu pada kondisi di atas?
- A. Fungsi perawatan kesehatan
 - B. Fungsi reproduksi
 - C. Fungsi sosialisasi
 - D. Fungsi ekonomi
 - E. Fungsi afektif
22. Perawat mengunjungi rumah seorang perempuan, 50 tahun, yang mengeluh nyeri di lutut kanan, semakin lama semakin sakit, agak merah dan bengkak. Keluarga telah melakukan kompres hangat pada lutut yang sakit. Hasil Pemeriksaan: asam urat menunjukkan hasil 9 md/dl, skala nyeri 7. Tugas kesehatan keluarga yang manakah yang harus segera dipenuhi oleh keluarga pada kondisi di atas?
- A. Mengenal masalah
 - B. Mengambil keputusan
 - C. Melakukan perawatan
 - D. Memodifikasi lingkungan
 - E. Memanfaatkan layanan Kesehatan
23. Sebuah keluarga tinggal di sebuah perkampungan yang dekat dengan tempat pembuangan sampah. Anak pertama umur 3 tahun, dan anak kedua umur 1 tahun,. Anak nya

sering mengalami diare, bisa sebulan dua kali. Keluarga mengetahui bahwa diare dapat disebabkan oleh lingkungan yang buruk. Namun, dirinya tidak tahu lagi bagaimana mengatasi kondisi tersebut. Apa tindakan perawat yang diutamakan pada kondisi di atas?

- A. Memberikan pendidikan kesehatan tentang rumah sehat
- B. Membantu keluarga untuk mengambil keputusan
- C. Memberikan pendidikan kesehatan tentang diare
- D. Membantu keluarga memodifikasi lingkungan
- E. Merawat anak yang diare

24. Perawat komunitas melakukan kunjungan pada Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren). Ketika melakukan pengkajian, kader santri menyatakan kejadian DBD di pesantren sudah berkurang sejak digalakkan jumentik dan gerakan 3Mplus secara berkelanjutan. Puskesmas bersama kader santri ingin mempertahankan hal ini dan mengupayakan tidak terjadi KLB DBD lagi di Pesantren tersebut. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Defisit perawatan diri
- B. Gangguan interaksi sosial
- C. Defisit kesehatan komunitas
- D. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif
- E. Kesiapan peningkatan manajemen Kesehatan

25. Seorang perawat berkunjung ke Pesantren mendapati kejadian scabies pada 83% penghuni pesantren. Kolam air mandi keruh, santri sering menggunakan baju & handuk bergantian, belum ada terdapat Pos Kesehatan Pesantren. Apakah intervensi sekunder yang tepat dilaksanakan pada kasus?

- A. Perawatan luka
- B. Pemberian obat kulit

- C. Pengontrolan infeksi
 - D. Manajemen lingkungan
 - E. Edukasi pencegahan infeksi
26. Perawat melakukan kunjungan ke Pesantren, ditemukan sebanyak 78% anak kelas 4, 5 dan 6 memiliki lubang gigi, mengeluh sakit gigi selama 3 bulan terakhir, serta mayoritas memiliki kebiasaan hanya menggosok gigi sebanyak 1x pada pagi hari setelah mandi. Kantin sekolah diketahui menjual jajanan dengan pemanis dan pengawet buatan. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Nyeri akut
 - B. Nyeri kronis
 - C. Manajemen nyeri
 - D. Pemberian analgesic
 - E. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif
27. Seorang perawat berkunjung pada sebuah keluarga yang tinggal didaerah terpencil untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin. Ditemukan Ibu umur 70 tahun, mengalami luka dibagian kaki yang tidak kunjung sembuh, Ibu mengeluh sering haus, sering lapar dan sering kencing selama satu bulan terakhir. Diketahui keluarga kesulitan dalam membawa Ibu berobat karena lokasi Puskesmas yang jauh. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Nyeri kronis
 - B. Risiko deficit nutrisi
 - C. Risiko inkontinensia urin
 - D. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan
 - E. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
28. Seorang perawat melakukan kunjungan ke Rumah Singgah Anak Jalanan. Hasil Pemeriksaan: didapatkan

- mayoritas anak memiliki badan yang kurus, TB pendek, mencari uang dengan mengamen di jalan. Pengurus menyatakan belum menyediakan jenis makanan bervariasi namun mengungkapkan keinginan untuk dapat memperbaiki gizi anak jalanan. Apakah intervensi keperawatan yang tepat untuk kasus tersebut?
- A. Pelibatan keluarga
 - B. Manajemen nutrisi
 - C. Edukasi kesehatan
 - D. Promosi dukungan social
 - E. Promosi kepatuhan pengobatan
29. Perawat melakukan kunjungan ke suatu desa didapatkan data lansia sebesar 150 jiwa, tidak terdapat posyandu lansia, 74% lansia mengatakan memeriksakan kesehatannya jika sakit, 85% lansia mengeluhkan memiliki penyakit: linu-linu 30%, darah tinggi 25%, katarak 20%. Sebagian lansia tidak memiliki kegiatan, 15% lansia memiliki kegiatan olah raga dan 10% jalan-jalan. Apakah masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- A. Krisis kesehatan akut
 - B. Risiko terjadinya penyakit
 - C. Sindrom kelemahan lansia
 - D. Defisiensi kesehatan komunitas
 - E. Perilaku kesehatan cenderung berisiko
30. Perawat melakukan kunjungan posyandu didapatkan data: 45% ibu yang memiliki balita kurang pengetahuan tentang gizi seimbang balita, berat badan balita yang naik kurang 78%, berat badan di garis kuning KMS 20%, kebiasaan balita jajan di pinggir jalan yang tidak sehat 35%, balita makan tanpa cuci tangan 40%, data kunjungan balita ke Puskesmas menunjukkan 10% mengalami diare. Apakah masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?

- A. Krisis kesehatan akut
 - B. Risiko terjadinya penyakit
 - C. Defisiensi kesehatan komunitas
 - D. Perilaku kesehatan cenderung berisiko
 - E. Ketidakefektifan pemeliharaan Kesehatan
31. Perawat melakukan kunjungan ke suatu desa terdapat anak-anak sering mandi di sungai yang digunakan Buang Air Besar (BAB) oleh warga sekitar, beberapa warga juga diketahui tidak menggunakan air bersih untuk keperluan masak sehari-hari, 65% warga tidak melakukan cuci tangan sebelum makan, 68% penerapan PHBS belum benar. Apakah intervensi prevensi primer pada kasus tersebut?
- A. Proteksi infeksi
 - B. Pengajaran kelompok
 - C. Proteksi risiko lingkungan
 - D. Peningkatan system dukungan
 - E. Peningkatan kesadaran kesehatan
32. Pengkajian di suatu Dusun terdapat anak-anak sering mandi di sungai yang digunakan Buang Air Besar (BAB) oleh warga sekitar, beberapa warga juga diketahui tidak menggunakan air bersih untuk keperluan masak sehari-hari, 65% warga tidak melakukan cuci tangan sebelum makan, 68% penerapan PHBS belum benar. Apakah tindakan keperawatan paling tepat untuk mengatasi permasalahan kasus tersebut?
- A. Skrining kejadian
 - B. Pendidikan kesehatan PHBS
 - C. Peningkatan imunitas masyarakat
 - D. Kerja bhakti sanitasi lingkungan sungai
 - E. Advokasi memfasilitasi sarana kebersihan
33. Suatu desa terjadi KLB (Kejadian Luar Biasa) diare. Hasil survey: 47% buang sampah di sungai, 35% keluarga tidak

memiliki jamban, 63% BAB di sungai, dan 30% mandi di sungai. Kebiasaan masyarakat ini sudah berlangsung lama. Perawat melakukan pendidikan kesehatan tentang pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat. Apakah indikator evaluasi formatif untuk mengukur keberhasilan tindakan kasus tersebut?

- A. Adanya WC umum
- B. Angka kejadian diare menurun
- C. Masyarakat bisa hidup lebih sehat
- D. Masyarakat memahami tentang pentingnya BAB di jamban
- E. Kepala desa berkomitmen untuk memperbaiki kesehatan lingkungan

34. Perawat puskesmas melakukan kunjungan rumah pada laki-laki, umur 67 tahun, dengan riwayat penyakit Hipertensi sejak 3 tahun, lalu. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 170/100 mmHg, klien sudah mengerti dengan keadaan kesehatannya sekarang. Satu hari yang lalu klien selesai berobat di puskesmas dan mendapatkan obat hipertensi. Keluarga klien mengatakan hanya minum obat dari dokter satu kali dalam dua hari dengan alasan takut terlalu sering konsumsi obat. Perawat merencanakan pendidikan kesehatan pada keluarga. Apakah topik utama yang diberikan pada keluarga tersebut?

- A. Terapi rileksasi
- B. Bahaya hipertensi
- C. Pentingnya olahraga
- D. Diet sehat pada lansia
- E. Cara minum obat teratur

35. Laki-laki, 67 tahun, tinggal bersama keluarganya. Aktifitas banyak dibantu oleh keluarga, karena klien mengeluh nyeri & sulit menggerakkan ekstremitas bawahnya. Hasil Pemeriksaan: deformitas kedua patella, ROM menurun

dan kaku pada kedua patella, serta gerakan ekstremitas bawah terbatas. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Keletihan
- B. Nyeri akut
- C. Nyeri kronis
- D. Intoleransi aktifitas
- E. Gangguan mobilitas fisik

36. Laki-laki, 70 tahun, datang ke puskesmas dengan keluhan perut terasa penuh, nyeri pada ulu hati, tidak mau makan selama 2 hari. Hasil pemeriksaan: perut terlihat buncit, teraba sangat keras. Cucu klien mengatakan jika klien tidak BAB selama 4 hari. Apakah pemeriksaan fisik yang tepat untuk menegakkan diagnosis keperawatan utama?

- A. Perkusi abdomen
- B. Ukur lingkar perut
- C. Palpasi epigastrium
- D. Mengauskultasi bising usus
- E. Melakukan pemeriksaan fisik

37. Perempuan, 60 tahun, sudah 5 bulan ini terdiagnosis ca mammae dan telah menjalani pengangkatan payudara. Klien sudah tidak jarang melakukan hubungan intim dengan suaminya. Sedangkan suami klien mengatakan kadang kecewa dengan penolakan istrinya. Apakah masalah keperawatan yang muncul pada kasus tersebut?

- A. Disfungsi seksual
- B. Gangguan citra tubuh
- C. Perubahan pola seksual
- D. Gangguan identitas diri
- E. Risiko harga diri rendah situasional

Pembahasan Soal Komunitas Keluarga Gerontik

Kemuliaan terbesar kita adalah tidak pernah jatuh, tapi meningkat setiap kali kita jatuh.

Soeharto
1921-2008

1. Jawaban: C. Ketidapatuhan

Kata kunci: Hasil Pemeriksaan: diketahui klien hanya minum obat selama 3 bulan dan berhenti begitu saja karena merasa sudah sembuh

Pembahasan: Data yang menonjol pada kasus mengindikasikan bahwa gejala-gejala penyakit sedang terjadi aktual dengan data Hasil Pemeriksaan: menunjukkan gejala TBC diantaranya mengeluh batuk, berkeringat pada malam hari, nafsu makan berkurang. Selain itu, terdapat data bahwa pasien pernah putus obat sebelumnya. Pengobatan TBC adalah minum obat secara rutin minimal selama 6 bulan.

Referensi: Friedman, M.M., Bowden & Jones (2003). Family nursing: Research, theory, and practice (5 th ed.). Connecticut: Appleton & Lange.

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

2. Jawaban: A. Edukator

Kata kunci: Perawat memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya melakukan pemeriksaan kesehatan selama kehamilan

Pembahasan: Kasus tersebut menunjukkan bahwa saat perawat melakukan kunjungan, perawat memberikan edukasi kesehatan. Oleh karena itu, pilihan yang cocok adalah peran sebagai educator. Sedangkan untuk pilihan A, B, C, D tidak sesuai dengan kasus yang tersedia. Peran perawat Health monitor diberikan pada pemantauan kondisi kesehatan suatu wilayah binaan karena alasan suatu kasus tertentu.

- Peran Care provider diberikan pada pelaksanaan kegiatan posyandu atau screening kesehatan di wilayah binaan.
- Peran Fasilitator diberikan pada penyelesaian masalah kesehatan di wilayah binaan yang membutuhkan bantuan unit yankes dan instansi lainnya sehingga perawat sebagai penghubung.
- Peran Konselor diberikan pada diskusi bersama keluarga yang memiliki masalah kesehatan tertentu dan membutuhkan solusi khusus.
- Peran Edukator diberikan pada keluarga dan masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan dengan tujuan perubahan perilaku kesehatan.

Referensi: Friedman, M.M., Bowden & Jones (2003). *Family nursing: Research, theory, and practice* (5 th ed.). Connecticut: Appleton & Lange.

3. **Jawaban: D. Extended family**

Kata kunci: Tiga orang anak, adik ipar dan mertua

Pembahasan: Kasus tersebut menunjukkan bahwa anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah tidak hanya keluarga inti (ayah, ibu dan anak) tetapi juga ada anggota keluarga lain yaitu adik ipar dan mertua. Oleh karena itu, jawaban yang cocok dengan pernyataan adalah extended family. Pilihan A, B, D, dan E tidak sesuai dengan kasus yang tersedia.

- Tipe keluarga Nuclear family adalah jika keluarga terdiri dari ayah, ibu dan anak.
- Tipe keluarga Single Parent adalah jika keluarga terdiri dari satu ayah/ibu dengan anak.

- Tipe keluarga commuter family adalah jika beberapa keluarga hidup bersama dalam satu rumah dengan sumber yang sama dan pengalaman yang sama.
- Tipe keluarga Dyad family adalah jika keluarga terdiri dari suami, istri tanpa anak

Referensi: Friedman, M.M., Bowden & Jones (2003). Family nursing: Research, theory, and practice (5 th ed.). Connecticut: Appleton & Lange.

4. Jawaban: B. Otonomi

Kata kunci: Musyawarah untuk memutuskan terapi klien

Pembahasan:

Kasus tersebut menunjukkan bahwa data-data Hasil Pemeriksaan: diagnostik klien dimana pada tahap tersebut keluarga masih bermusyawarah untuk menentukan apakah akan mengikuti terapi yang disarankan atau tidak. Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa keluarga diberikan kewenangan untuk memutuskan.

- Pilihan A adalah otonomi dimana secara konsep menyiratkan klien diberikan kewenangan atau kesempatan mengambil keputusan untuk mengikuti program (terapi) atau tidak setelah perawat atau tim kesehatan memberikan penjelasan.
- Pilihan B menunjukkan bahwa perawat atau tim kesehatan mementingkan manfaat yang diperoleh oleh klien
- Pilihan C menunjukkan bahwa perawat akan menepati janji yang diberikan kepada kliennya
- Pilihan D menunjukkan bahwa perawat meminimalisir risiko atau kerugian yang ditimbulkan dari tindakan keperawatan
- Pilihan E menunjukkan bahwa perawat akan menjaga kerahasiaan klien.

Berdasarkan penjelasan diatas, pilihan jawaban yang cocok dengan kasus adalah otonomi.

Referensi: Friedman, M.M., Bowden & Jones (2003). Family nursing: Research, theory, and practice (5 th ed.). Connecticut: Appleton & Lange.

5. **Jawaban: D. Ajarkan manajemen cairan**
Kata kunci: Hasil Pemeriksaan: diketahui anak BAB cair 8 kali, anak minum lahap dan rewel, turgor kulit lebih dari 3 detik, Frekuensi Nadi 150 x/ menit, penurunan berat badan sebelum dan sesudah.

Pembahasan: Data diatas menunjukkan bahwa saat ini anak mengalami diare dengan gejala dehidrasi ringan dimana terjadi penurunan berat badan < 5%, turgor menurun dan denyut Frekuensi Nadi meningkat. Oleh karena itu, tindakan segera yang harus dilakukan adalah pemberian rehidrasi cairan untuk mencegah dehidrasi lebih berat.

Referensi: Friedman, M.M., Bowden & Jones (2003). Family nursing: Research, theory, and practice (5 th ed.). Connecticut: Appleton & Lange.

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

6. **Jawaban: D. Memberikan Penkes dan mendemostrasikan cara perawatan luka DM**
Kata kunci: "Tindakan keperawatan". Perhatikan kata, Ulkus Diabetikus, bingung merawat luka, tidak mendapatkan informasi cara perawatan luka.

Pembahasan: Pendidikan Kesehatan adalah segala upaya untuk memengaruhi keluarga sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan yaitu perubahan perilaku. Pada kasus, perawat memberikan pendidikan tentang berbagai hal terkait dengan masalah kesehatan klien dan keluarga. Perawat perlu melakukan pemberian informasi yang tepat serta memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara mendemonstrasikan cara perawatan luka dan menggunakan alat-alat serta fasilitas yang ada di rumah. Tindakan keperawatan yang tepat adalah Memberikan Penkes dan mendemostrasikan cara perawatan luka DM.

Referensi: Kemenkes RI, Pratikum Keperawatan Keluarga, Komunitas

7. **Jawaban: E. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah keperawatan**
Kata kunci: "Tugas keluarga yang belum dipenuhi oleh keluarga". Perhatikan kata, klien tampak bingung dan tidak mengerti serta belum bisa melakukan perawatan untuk penyakit DM.

Pembahasan: Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan adalah sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi: pengertian, tanda & gejala, faktor penyebab & faktor yang mempengaruhi, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

Pada kasus, keluarga tidak mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang terjadi pada klien, seperti: tanda dan gejala (sering lemas, kaki merasa sering kesemutan, kelaparan), pengertian DM, faktor penyebab serta persepsi keluarga terhadap masalah yang diderita klien.

Tugas kesehatan keluarga yang belum dapat dipenuhi oleh keluarga adalah Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah keperawatan.

Referensi: Frekuensi Nadirawati, S.Kp., M.Kep, 2018, Buku Ajar Keperawatan Keluarga Teori & Aplikasi Praktik, Refika

8. **Jawaban: C. Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan**

Kata kunci: "Tugas kesehatan keluarga yang telah terpenuhi oleh keluarga". Perhatikan kata, Ny. W diminta keluarga agar selalu menggunakan sandal supaya kaki tidak lecet serta keluarga menjaga kebersihan rumah terutama lantai agar tidak tergenang air & tidak ada pecahan kaca.

Pembahasan: Kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah, baik fisik maupun fisiologis yang sehat, hal yang perlu dikaji: sejauhmana keluarga melihat keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan, sejauh mana keluarga mengetahui pentingnya higiene sanitasi, sejauhmana keluarga mengetahui penyebab penyakit, sejauh mana sikap & pandangan keluarga terhadap higiene sanitasi.

Pada kasus, Kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah dapat diketahui dari: menjaga kebersihan rumah (keluarga mengetahui pentingnya higiene sanitasi), menjaga lantai agar tidak tergenang air (keluarga mengetahui keuntungan & manfaat pemeliharaan lingkungan), tidak ada pecahan kaca (keluarga mengetahui penyebab penyakit).

Tugas kesehatan keluarga yang telah dipenuhi oleh keluarga adalah Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan.

Referensi: Frekuensi Nadirawati, S.Kp., M.Kep, 2018, Buku Ajar Keperawatan Keluarga Teori & Aplikasi Praktik, Refika

9. **Jawaban: c. Menjelaskan alternatif tindakan yang dilakukan dalam merawat keluarga dengan DM**
Kata kunci: "Tindakan". Perhatikan kata, Tujuan tindakan keperawatan keluarga yang sudah dirumuskan agar keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat.

Pembahasan: Rencana tindakan untuk membantu keluarga agar dapat menentukan keputusan yang tepat. Rencana tindakan yang dapat dilakukan adalah: diskusikan dengan keluarga tentang konsekuensi yang timbul jika tidak melakukan tindakan, diskusikan tentang alternatif tindakan yang mungkin dapat diambil serta sumber-sumber yang diperlukan serta diskusikan dengan keluarga tentang manfaat dari masing-masing alternatif tindakan.

Pada Kasus, Perawat telah menyusun rencana tindakan keperawatan agar membantu keluarga dalam menentukan alternatif tindakan yang akan diambil keluarga sehingga memnemptu memberikan manfaat dari masing-masing alternatif tindakan tersebut terhadap pentakit DM.

Tindakan yang harus dilakukan perawat B adalah menjelaskan alternatif tindakan yang dilakukan dalam merawat keluarga dengan DM

Referensi: Frekuensi Nadirawati, S.Kp., M.Kep, 2018, Buku Ajar Keperawatan Keluarga Teori & Aplikasi Praktik, Refika

10. **Jawaban: c. Fasilitator**

Kata kunci: Perawat membantu klien mendapatkan pelayanan

Pembahasan: Peran perawat sebagai fasilitator, merupakan tempat bagi klien untuk bertanya mengenai masalah kesehatan dan penanganannya, memberikan solusi mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi serta membantu klien mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan.

Referensi: Friedman, Marilyn M.2014. Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik. Jakarta: EGC

11. **Jawaban: b. Fungsi Ekonomi**

Kata kunci: Mencari nafkah

Pembahasan: Fungsi ekonomi dalam keluarga meliputi kemampuan keluarga dalam memenuhi semua kebutuhan anggota keluarga baik pangan, papan, sandang, pendidikan dan kebutuhan lainnya. Fungsi ekonomi juga mencakup pencarian nafkah, manajemen keuangan, dan penggunaan dana untuk memenuhi segala kebutuhan yang diperlukan dalam sebuah keluarga.

Referensi: Friedman, Marilyn M.2014. Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik. Jakarta: EGC

12. **Jawaban: e. Keluarga sejahtera tahap III plus**

Kata kunci: Memberikan sumbangan secara teratur (tiap bulan)

Pembahasan:

Dua Indikator keluarga Sejahtera tahap III Plus yaitu:

1. Keluarga secara teratur dengan suka rela memberikan sumbangan materiil untuk kegiatan sosial.
Pengertian Keluarga secara teratur dengan suka rela memberikan sumbangan materiil untuk kegiatan sosial adalah keluarga yang memiliki rasa sosial yang besar dengan memberikan sumbangan materiil secara teratur (waktu tertentu) dan sukarela, baik dalam bentuk uang maupun barang, bagi kepentingan masyarakat (seperti untuk anak yatim piatu, rumah ibadah, yayasan pendidikan, rumah jompo, untuk membiayai kegiatan kegiatan di tingkat RT/RW/Dusun, Desa dan sebagainya) dalam hal ini tidak termasuk sumbangan wajib.
2. Ada anggota keluarga yang aktif sebagai pengurus perkumpulan sosial/yayasan/ institusi masyarakat.
Pengertian ada anggota keluarga yang aktif sebagai pengurus perkumpulan sosial/yayasan/ institusi masyarakat adalah keluarga yang memiliki rasa sosial yang besar dengan memberikan bantuan tenaga, pikiran dan moral secara terus menerus untuk kepentingan sosial kemasyarakatan dengan menjadi pengurus pada berbagai organisasi/kepanitiaan (seperti pengurus pada yayasan, organisasi adat, kesenian, olah raga, keagamaan, kepemudaan, institusi masyarakat, pengurus RT/RW, LKMD/LMD dan sebagainya).

Referensi: BPSDMK Kemenkes RI. (2017). Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Jakarta
BKKBN. (2021). Batasan dan Pengertian MDK.
<http://bkkbn.go.id>

13. **Jawaban: d. Pendidikan kesehatan tentang pemeliharaan rumah**

Kata kunci: Keadaan rumah yang tidak terawat

Pembahasan: Rumah sehat merupakan bangunan tempat tinggal yang memenuhi syarat kesehatan yaitu rumah yang memiliki jamban yang sehat, sarana air bersih, tempat pembuangan sampah, sarana pembuangan air limbah, ventilasi yang baik, kepadatan hunian rumah yang sesuai dan lantai rumah yang tidak terbuat dari tanah. Selain itu juga rumah tertata dengan rapi, bersih dan tidak ada risiko bahaya atau kecelakaan di rumah.

Referensi: BPSDMK Kemenkes RI. (2017). Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Jakarta

14. **Jawaban: D. Pendidikan kesehatan tentang kebutuhan cairan selama menyusui**

Kata kunci: Membatasi cairan selama menyusui

Pembahasan: Penambahan asupan air putih pada ibu menyusui penting karena jika asupan cairan ibu tidak tercukupi maka akan mempengaruhi jumlah produksi ASI (Air Susu Ibu) tidak sesuai jumlah yang seharusnya. Apabila ibu memenuhi kebutuhan air putih sebanyak 3000 ml per hari maka ASI yang diproduksi dapat mencapai 600-850 ml per hari. Kisaran angka produksi ASI tersebut merupakan angka rata-rata ASI yang dibutuhkan oleh bayi umur pada satu tahun, pertama menyusui. Selama satu hari ibu menyusui dianjurkan untuk minum air putih sebanyak 10-12 gelas setiap harinya, atau setara dengan kurang lebih 2,5 - 3 liter.

Referensi: BPSDMK Kemenkes RI. (2017). Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Jakarta.

Damayanti, K dan Lestari, M.T. (2017). Gizi dalam Daur Kehidupan. BPSDM Kesehatan. Jakarta.

15. **Jawaban: B. Confidentiality**

Kata kunci: Tidak memberitahu tetangga lain

Pembahasan:

- a. Non maleficiency. Prinsip etik ini mengandung arti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien.
- b. Confidentiality. Prinsip etik ini tentang kerahasiaan, dalam arti informasi dan privasi tentang klien harus dijaga.
- c. Accountability. Merupakan prinsip etik bahwa tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam berbagai kondisi atau tanpa terkecuali.
- d. Veracity. Prinsip etik ini berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran.
- e. Justice. Prinsip etik ini direfleksikan dalam praktik profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktek dan keyakinan yang benar untuk mencapai kualitas pelayanan kesehatan.

Referensi: Ngesti W Utami, dkk (2016). Etika Keperawatan dan Keperawatan Profesional. Pusat Pendidikan Sumber Daya Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manumur KesehatanKementerian Kesehatan RI.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Kode Etik Keperawatan

16. **Jawaban: C. Beneficence**

Kata kunci: Perawat menganjurkan keluarga

Pembahasan:

- a. Non maleficiency. Prinsip etik ini mengandung arti, perawat tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien.
- b. Veracity (kebenaran). Prinsip etik ini, berhubungan dengan kemampuan seorang perawat untuk mengatakan kebenaran. Informasi yang diberikan akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada, dan mengatakan yang sebenarnya kepada klien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan.
- c. Justice (keadilan). Prinsip etik ini, direfleksikan dalam praktik profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.
- d. Accountability . Prinsip etik ini, mengandung pengertian bahwa tindakan seorang perawat profesional dapat dinilai dalam berbagai kondisi atau tanpa terkecuali.
- e. Beneficence (kemurahan hati) Prinsip etik ini mengandung pengertian perawat untuk melakukan hal yang baik dan mencegah kesalahan serta kejahatan.

Referensi: Menterian Kesehatan RI (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Kode Etik Keperawatan

17. **Jawaban: b. Pemeriksaan dahak**

Kata kunci: Batuk bercampur sedikit darah sejak 3 minggu lalu

Pembahasan: Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TB adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya. Gejala umum penyakit TB di paru-paru meliputi batuk terkadang berdarah, demam, berkeringat pada malam hari, kehilangan nafsu makan, kehilangan berat badan dan kelelahan. Hasil Pemeriksaan: 'olesan sputum dan kultur biasanya positif'. Oleh karena itu pemeriksaan penunjang spesifik untuk klien di atas adalah sputum atau dahak.

Referensi: Irianti T, dkk (2016). Anti-Tuberkulosis
World Health Organization (2020). WHO Operational Handbook On Tuberculosis

18. Jawaban: a. Gangguan mobilitas fisik

Kata kunci: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawah. Kekuatan otot menurun, Rentang gerak menurun, Enggan melakukan pergerakan, Fisik lemah.

Pembahasan: Gangguan mobilitas fisik adalah Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Tanda dan gejala mayor:

10. Subjektif: mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
11. Objektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun

Tanda dan gejala minor: Subjektif:

1. Nyeri saat bergerak
2. Enggan melakukan pergerakan
3. Merasa cemas saat bergerak

Tanda dan gejala minor: Objektif:

1. Sendi kaku
2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Gerakan terbatas
4. Fisik lemah

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

19. **Jawaban: D. Menyarankan makan porsi kecil tetapi sering**

Kata kunci: Saat ini, pasien mengeluh mual dan muntah

Pembahasan: TB paru adalah penyakit infeksi, menular yang disebabkan oleh Mycobacterium tuberculosis. Penderita TB rutin minum obat anti_TBC (OAT) selama 6 sampai 12 bulan. Penggunaan OAT dapat menyebabkan efek samping mulai dari ringan sampai berat. Pada system pencernaan, gangguan yang sering dialami pasien: mual, muntah, nyeri ulu hati, sembelit.

Jawaban a untuk mengatasi efek samping akibat mual/muntah

Jawaban b, untuk mengatasi kelelahan

Jawaban c, untuk mengatasi rasa pegal

Jawaban d, untuk memperlancar pengeluaran dahak

Jawaban e, untuk mengatasi kelelahan

Referensi: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2021) Bagaimana Cara Mengatasi Efek Samping Dari Pengobatan TBC? Tbindonesia.Or.Id. (2021).

Menterian Kesehatan RI (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis

20. **Jawaban: A. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif**
Kata kunci: Tensi 170/100, klien senang makan nasi berlemak dan sulit untuk merubah kebiasaan makan tersebut.

Pembahasan: Data fokus adalah klien sulit sekali untuk merubah kebiasaan makan nasi padang.

Pemeliharaan kesehatan tidak efektif adalah Ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola, dan/atau menemukan bantuan untuk mempertahankan kesehatan. Tanda mayor adalah tidak mampu menjalankan perilaku sehat. Diagnosis b, c, d, lebih ke arah dianosa terkait kondisi psikososial keluarga dan bukan kondisi fisik. Sedangkan diagnosis d terkait kondisi lingkungan namun tidak didukung data adekuat pada kasus

Referensi: Snars.web.id (2019). SDKI-Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia. Hhttp://snars.web.id/sdki/d-0117-pemeliharaan-kesehatan-tidak-efektif/

21. **Jawaban: C. Fungsi sosialisasi**
Kata kunci: Fungsi keluarga

Pembahasan:

2. Fungsi afektif (The Affective Function) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.

3. Fungsi sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
4. Fungsi reproduksi (*The Reproduction Function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
5. Fungsi ekonomi (*The Economic Function*) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
6. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The Health Care Function*) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan.

Referensi: pispk.kemkes.go.id (2017). Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga-PISPK. <http://pispk.kemkes.go.id/id/2017/06/17/konsep-keluarga/>

22. **Jawaban: E. Memanfaatkan layanan Kesehatan**
Kata kunci: Tugas Kesehatan Keluarga

Pembahasan: Kondisi sakit sebagaimana pada kasus membutuhkan penanganan segera pihak Puskesmas atau layanan kesehatan terdekat. Tindakan keluarga menggunakan kompres hangat justru bertentangan

dengan prinsip perawatan yang harus membatasi inflammasi. Dengan adanya kompres hangat inflamasi justru semakin menyebar.

Referensi: pispk.kemkes.go.id (2017). Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga-PISPK. <http://pispk.kemkes.go.id/id/2017/06/17/konsep-keluarga/>

23. **Jawaban: D. Membantu keluarga memodifikasi lingkungan**
Kata kunci: Tugas Kesehatan Keluarga

Pembahasan: Penyebab utama penyakit dalam kasus adalah kondisi lingkungan. Karena itu tugas kesehatan utama yang harus segera dipenuhi agar kasus tidakberulang muncul adalah memodifikasi lingkungan sesuai dengan kemampuan keluarga.

Referensi: pispk.kemkes.go.id (2017). Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga-PISPK. <http://pispk.kemkes.go.id/id/2017/06/17/konsep-keluarga/>

24. **Jawaban: E. Kesiapan peningkatan manajemen Kesehatan**
Kata kunci: Puskesmas bersama kader santri ingin mempertahankan hal ini dan mengupayakan tidak terjadi KLB DBD lagi di Pesantren tersebut.

Pembahasan: UKBM dalam bentuk poskestren sudah terbentuk dan berjalan dengan baik, kader juga mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah kesehatan dan pencegahannya. Sehingga diagnosis

promotif kesiapan peningkatan manajemen kesehatan dapat diangkat pada kasus ini.

Referensi: Kholifah, S. N., & Widagdo, W. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Praktikum Keperawatan, Keluarga, Komunitas. Pusdik SDM Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manumur Kesehatan.

PPNI, T. (2018a). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. In Jakarta: PPNI. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

25. **Jawaban: B. Pemberian obat kulit**

Kata kunci: Perawat mendapati kejadian scabies pada 83% penghuni pesantren

Pembahasan: Intervensi sekunder dilakukan dalam upaya menangani gejala kesehatan yang sudah muncul. Sehingga pemberian obat kulit sebagai tindakan keperawatan wajib diberikan untuk mengobati sakit kulit pada para santri

Scabies merupakan penyakit kulit bagian epidermis yang dijadikan tempat bertelurnya tungau. Gejala yang bisa dirasakan gatal, merah dan lesi. Pada kasus tidak dijelaskan adanya Luka, sehingga intervensi perawatan luka belum perlu dilakukan. Pengontrolan infeksi, manajemen lingkungan dan edukasi infeksi perlu dilakukan setelah pemberian obat kulit karena 83% santri sudah nyata terjadi scabies.

Referensi: Kholifah, S. N., & Widagdo, W. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Praktikum Keperawatan, Keluarga, Komunitas. Pusdik SDM Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manumur Kesehatan.

PPNI, T. (2018b). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. In Jakarta: PPNI. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

26. **Jawaban: A. Nyeri akut**

Kata kunci: 78% memiliki lubang gigi dan mengeluh sakit gigi selama 3 bulan terakhir

Pembahasan: Mengeluh nyeri merupakan gejala dan tanda mayor masalah keperawatan nyeri akut. Kejadian Nyeri berlangsung kurang dari 3 bulan merupakan kondisi akut. Jawaban C dan D bukan merupakan pilihan masalah keperawatan. Jawaban E tidak cukup memenuhi data perilaku kesehatan dan pemahaman perilaku Kesehatan.

Referensi: Kholifah, S. N., & Widagdo, W. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Praktikum Keperawatan, Keluarga, Komunitas. Pusdik SDM Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manumur Kesehatan.

PPNI, T. (2018a). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. In Jakarta: PPNI. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

27. **Jawaban: E. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif**

Kata kunci: Keluarga kesulitan dalam membawa Ibu berobat karena lokasi Puskesmas yang jauh. Keluarga tidak mengenali tanda gejala DM yang dialami oleh Ibu

Pembahasan: Ketidakhahaman keluarga dan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan merupakan tanda gejala utama dari manajemen kesehatan keluarga yang tidak efektif. Pilihan jawaban A, B dan C tidak memenuhi cukup data pendukung. Pilihan jawaban D tidak memenuhi karena pilihan hidup sehari-hari belum dilakukan untuk memenuhi tujuan program kesehatan.

Referensi: Kholifah, S. N., & Widagdo, W. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Praktikum Keperawatan, Keluarga, Komunitas. Pusdik SDM Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manumur Kesehatan. PPNI, T. (2018a). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. In Jakarta: PPNI. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

28. **Jawaban: C. Edukasi Kesehatan**

Kata kunci: Ungkapan keinginan pengurus rumah singgah untuk dapat memperbaiki gizi anak jalanan

Pembahasan: Ungkapan pengurus rumah singgah untuk dapat memperbaiki gizi anak jalanan merupakan kata kunci untuk mengangkat masalah kesiapan peningkatan manajemen kesehatan di rumah singgah, dan edukasi kesehatan menjadi salah satu intervensi keperawatan utama untuk dapat direncanakan.

- Pelibatan keluarga sebagai intervensi jika memfasilitasi partisipasi keluarga dalam perawatan.
- Manajemen nutrisi tidak bisa disusun sebagai intervensi karena tidak mencukupi data untuk menegakkan diagnosis keperawatan defisit nutrisi.
- Promosi dukungan sosial sebagai intervensi jika kasus menggambarkan keinginan untuk kemampuan berinteraksi dengan orang lain.
- Promosi kepatuhan pengobatan tidak terdapat data tentang pengobatan.

Referensi: Kholifah, S. N., & Widagdo, W. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Praktikum Keperawatan, Keluarga, Komunitas. Pusdik SDM Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manumur Kesehatan.

PPNI, T. (2018b). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. In Jakarta: PPNI. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

29. **Jawaban: D. Defisiensi kesehatan komunitas**

Kata kunci: Tidak terdapat posyandu

Keluhan penyakit di kelompok khusus komunitas (lansia)

Pembahasan: Diagnosis keperawatan komunitas yang sesuai pada kasus adalah defisiensi kesehatan komunitas karena adanya satu atau lebih masalah kesehatan atau faktor yang mengganggu kesejahteraan atau meningkatkan risiko masalah kesehatan yang dialami oleh suatu populasi. Batasan karakteristik tentang: Masalah yang dialami oleh suatu populasi, Tidak tersedia program untuk menghilangkan satu atau lebih masalah kesehatan bagi suatu populasi, Tidak tersedia program untuk meningkatkan kesejahteraan bagi suatu populasi, dan tidak tersedia program untuk mengurangi atau mencegah satu atau lebih masalah kesehatan bagi populasi.

Referensi: Riasmini, N.M., dkk. 2017. Panduan Asuhan Keperawatan: Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press)

NANDA International. 2018. NANDA-I diagnosis keperawatan: definisi dan klasifikasi 2018-2020. Jakarta: EGC

30. **Jawaban: D. Perilaku kesehatan cenderung berisiko**

Kata kunci: Perilaku balita, Kurang pengetahuan ibu tentang gizi seimbang

Pembahasan: 35% balita memiliki kebiasaan jajan di pinggir jalan yang tidak sehat, 40% balita makan tanpa cuci tangan menunjukkan masalah perilaku kesehatan cenderung berisiko karena batasan karakteristik komunitas gagal melakukan tindakan mencegah masalah kesehatan, mengurangi perubahan status kesehatan dan faktor yang berhubungan adalah kurangnya pemahaman dan pencapaian diri yang rendah.

Referensi: Riasmini, N.M., dkk. 2017. Panduan Asuhan Keperawatan: Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press)

NANDA International. 2018. NANDA-I diagnosis keperawatan: definisi dan klasifikasi 2018-2020. Jakarta: EGC

31. **Jawaban: E. Peningkatan kesadaran Kesehatan**
Kata kunci: 68% penerapan PHBS belum benar.

Pembahasan: Prevensi Primer merupakan pencegahan dengan Edukasi Kesehatan, yang ditujukan pada sasaran yang belum mengalami masalah kesehatan namun sudah jelas ada perilaku yang tidak sehat karena kurang pengetahuan atau tidak sadar bahwa perilakunya tidak sehat. Maka peningkatan kesadaran kesehatan merupakan tindakan pencegahan primer dengan cara membantu individu yang memiliki kemampuan terbatas untuk memperoleh, mengolah, dan memahami informasi yang berkaitan dengan kesehatan dan penyakit.

Referensi: Riasmini, N.M., dkk. 2017. Panduan Asuhan Keperawatan: Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan

NIC di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press)

32. **Jawaban: B. Pendidikan kesehatan PHBS**

Kata kunci: Penerapan PHBS belum benar, 68% penerapan PHBS belum benar

Pembahasan: Skrining kejadian pada option a merupakan tahap pengkajian, bukan tahap tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan yang tepat adalah; 1) bila mengacu prevensi maka pada kriteria prevensi primer berupa health education atau pendidikan kesehatan, 2) bila mengacu strategi intervensi pertama yakni pengorganisasian dan proses kelompok tetapi, namun karena tidak ada option pilihannya, maka bisa dengan kriteria ke dua yakni health education dan ini sesuai dengan option b, yakni pendidikan kesehatan.

Referensi: Riasmini, N.M., dkk. 2017. Panduan Asuhan Keperawatan: Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press)

33. **Jawaban: D. Masyarakat memahami tentang pentingnya BAB di jamban**

Kata kunci: BAB di sungai, Pendidikan Kesehatan

Pembahasan: Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilaksanakan pada waktu pelaksanaan program dapat berupa respon kognitif, afektif dan psikomotor yang bertujuan memperbaiki pelaksanaan program dan kemungkinan adanya temuan utama berupa masalah-masalah dalam pelaksanaan program. Perawat telah melakukan pendidikan kesehatan yang tujuannya untuk

meningkatkan pengetahuan atau pemahaman masyarakat tentang perilaku hidup dan sehat. Sehingga evaluasi keberhasilan yang dapat segera diukur setelah melakukan tindakan adalah pemahaman masyarakat tentang pentingnya BAB di jamban.

Referensi: Riasmini, N.M., dkk. 2017. Panduan Asuhan Keperawatan: Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press)

34. **Jawaban: E. Cara minum obat teratur**

Kata Kunci: Minum obat satu kali dalam sehari, takut konsumsi obat

Pembahasan: Kasus ini membahas tentang keluarga dengan riwayat hipertensi sejak 3 tahun, lalu. Hasil Pemeriksaan: klien sudah paham dengan kondisi kesehatannya. Telah mendapat terapi pengobatan tetapi tidak dijalankan sesuai dengan advis dokter. Tema utama yang tepat dalam memberikan pendidikan kesehatan adalah Cara minum obat teratur

Referensi: Meiner S.E (2019), Gerontologi nursing, 6 th edition. Chapter 12

35. **Jawaban: E. Gangguan mobilitas fisik**

Kata Kunci: Data pada kasus mengarah pada data mayor Gangguan mobilitas fisik

Pembahasan:

Data mayor Gangguan mobilitas fisik: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, ROM menurun

Data minor Gangguan mobilitas fisik: Nyeri saat bergerak, Sendi kaku, Gerakan terbatas, Enggan melakukan pergerakan, Fisik lemah, cemas saat bergerak

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI tahun, 2017

36. **Jawaban: d. Mengauskultasi bising usus**

Kata Kunci: Tidak BAB selama 4 hari

Pembahasan: Kasus tersebut menunjukkan adanya perubahan pola BAB pada klien dengan keluhan pada perut. Perawat harus memilih pemeriksaan fisik yang tepat dalam menegakkan diagnosis. Pemeriksaan fisik yang tepat khususnya pada sistem pencernaan dengan keluhan BAB adalah menghitung bising usus normal pada lansia antara 5-12 kali per menit

Referensi:

Meiner S.E (2019), Gerontologi nursing, 6 th edition. Chapter 12

37. **Jawaban: b. Gangguan Citra Tubuh**

Kata Kunci: tidak pernah berhubungan intim, suami merasa kecewa

Pembahasan: Kasus tersebut menjelaskan bahwa adanya ketidakmampuan untuk menikmati secara penuh hubungan seks sehingga membuat suami merasa kecewa

Referensi:

Meiner S.E (2019), Gerontologi nursing, 6 th edition. Chapter 12

Contoh Soal Gadar

Kalau bukan anak bangsa ini yang membangun
bangsanya, siapa lagi?
Jangan anda mengharapkan orang lain yang
datang membangun bangsa kita.

B.J. Habibie
1936 - 2019

1. Laki-laki, 32 tahun, dibawa ke UGD akibat kecelakaan. Keluarga mengatakan pasien masuk ke parit sampai helm terlepas. Hasil Pemeriksaan: terdengar snoring, tampak luka terbuka dengan perdarahan di kepala dan klavikula, deformitas tibia dan humerus dextra, sianosis dan akral teraba dingin. Apakah tindakan pertama yang harus dilakukan perawat pada kasus tersebut?
 - A. Masukan oropharyngeal airway
 - B. Lakukan pressure bandage
 - C. Berikan resusitasi cairan
 - D. Pasang neck collar
 - E. Pembidaian

2. Perempuan, 58 tahun, dibawa ke UGD akibat tidak sadarkan diri. Keluarga mengatakan pasien memiliki Riwayat Diabetes Mellitus. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 84/61 mmHg, Frekuensi Nadi 109 x/menit, Frekuensi Napas 32 x/menit, ortopneu (+), tampak sianosis dan akral teraba dingin; Lab GDS 432 gr/dL, pH 7,28, HCO₃ 19, pCO₂ 34. Apakah penggolongan triage pada kasus tersebut?
 - A. Hijau
 - B. Putih
 - C. Hitam
 - D. Merah
 - E. Kuning

3. Laki-laki, 53 tahun, dibawa ke UGD akibat tidak sadarkan diri. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 79/58 mmHg, Frekuensi Nadi 132 x/menit, tampak napas gasping, Suhu 41oC; tampak luka bekas operasi terbuka disertai pus purulent. Saat perawat melakukan ventilasi, dada tidak mengembang dan SatO₂ 76%. Apakah tindakan selanjutnya yang harus dilakukan pada kasus tersebut?

- A. lakukan suction
 - B. resusitasi jantung paru
 - C. siapkan tindakan intubasi
 - D. pastikan perlekatan masker
 - E. sambungkan dengan O₂ 10 lt/menit
4. Laki-laki, 32 tahun, dibawa ke UGD akibat luka bakar. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 142/93 mmHg, frekuensi Frekuensi Nadi 122 x/menit, Frekuensi Napas 32 x/menit. luka bakar di seluruh wajah, dada, kedua tangan bagian depan, sebagian abdomen; BB 50 kg. Saat ini pasien sedang dilakukan resusitasi cairan kristaloid. Berapakah jumlah cairan yang harus diberikan 8 jam kedua pada kasus tersebut?
- A. 5400 cc
 - B. 3600 cc
 - C. 2700 cc
 - D. 1800 cc
 - E. 1350 cc
5. Perempuan, 43 tahun, dibawa ke UGD akibat BAB cair >15 x sejak 8 jam yang lalu. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 76/51 mmHg, Frekuensi Nadi 121 x/menit, Frekuensi Napas 28 x/menit, SatO₂ 89%; tampak sianosis, akral teraba dingin, CRT >3 detik, urin tidak ada. Saat ini pasien sedang dilakukan resusitasi cairan kristaloid. Apakah indikator keberhasilan tindakan pada kasus tersebut?
- A. CRT <3 detik
 - B. Saturasi oksigen >95%
 - C. Frekuensi Napas menurun
 - D. Tekanan sistolik >90 mmHg
 - E. Urin output 0,5 cc/kgBB/jam
6. Laki-laki, 45 tahun, dibawa ke UGD dengan keluhan nyeri dada. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 110/70 mmHg,

Frekuensi Nadi 100X/menit, Frekuensi Napas 20X/menit, nyeri dada timbul setelah aktivitas dan telah berlangsung 5 menit, skala nyeri 6, nyeri menjalar ke punggung, dada terasa berat, akral dan kulit hangat. Apakah tindakan prioritas yang tepat pada kasus tersebut ?

- A. Injeksi morhpin
- B. Oksigen 5 L/menit
- C. Nitogliserin Sublingual
- D. Berikan obat anti trombus
- E. Motivasi pasien napas dalam

7. Laki-laki, 65 tahun, dibawa ke UGD dengan keluhan nyeri dada. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 100/60 mmHg, Frekuensi Nadi 55X/menit, Frekuensi Napas 24X/menit, nyeri dada timbul mendadak dan telah berlangsung lebih dari 30 menit, skala nyeri 10, nyeri menjalar ke punggung dan lengan, dada terasa berat, mual, pusing, sesak dan kulit dingin. Setelah mendapatkan terapi, perawat segera melakukan perekaman ECG 12 lead. Apakah kelainan ECG yang harus diidentifikasi pada kasus tersebut?

- A. ST Elevasi di Lead II, III dan aVF
- B. ST Elevasi di lead V1, V2, V3, V4
- C. Q patologis pada lead V5, V6, I dan aVL
- D. T inversi atau St depresi di lead V1, V2, V3, V4
- E. PR interval yang memanjang lebih dari 0.20 detik

8. Perempuan, 65 tahun, dibawa ke UGD dengan keluhan nyeri dada berat lebih dari 30 menit. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 90/60 mmHg, Frekuensi Nadi 120X/menit, Frekuensi Napas 30X/menit, wajah pucat dan akral dingin. Saat sedang pengkajian tiba-tiba pasien terlihat tidak bergerak. Apakah tindakan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Pijat jantung 2 menit
- B. Segera aktifkan kode blue

- C. DC syock 360 joule monofasik
 - D. Tepuk bahu dan panggil pasien
 - E. Periksa pernapasan dan Frekuensi Nadi karotis
9. Perempuan, 55 tahun, dibawa ke ICCU dengan Sindroma Koroner Akut STEMI. Pasien terpasang ECG monitoring. Tiba-tiba pada gambaran ECG monitoring nampak gambaran fibrilasi ventrikel dan pasien tidak sadar. Pasien akan diberikan tindakan DC syock pertama 360 joule. Apakah tindakan yang harus dilakukan sebelum energi DC syock diberikan pada kasus tersebut ?
- A. Berikan jelly pada padel DC syock
 - B. Tentukan DC syock monofasik atau bifasik
 - C. Pastikan berat tekanan pada padel setara 12 kg
 - D. Cek dan atur power DC syock sesuai dengan energi DC syock
 - E. Lihat ECG monitoring untuk memastikan irama jantung ventrikel fibrilasi
10. Perempuan, 55 tahun, dibawa ke UGD dengan nyeri dada berat. Pada saat dilakukan pemeriksaan tiba-tiba pasien terlihat tidak bergerak dan tidak sadar. Tim kode blue UGD segera melakukan tindakan. ECG monitorin telah terpasang dan Nampak gambaran Ventrikuler vibrilasi. DC syock pertama 360 joule telah diberikan. Apakah tindakan prioritas berikutnya yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Berikan obat ephinefrin
 - B. Cek frekuensi nadi dan pernapasan
 - C. Lakukan cpr selama 2 menit
 - D. Pasang oro pharingeal airway (opa)
 - E. Tindakan intubasi endo tracheal tube (ett)
11. Laki-laki, 45 tahun, dibawa ke IGD dengan keluhan sesak napas. Hasil Pemeriksaan: Frekuensi Napas 36 x/menit, ada pernapasan cuping hidung dan retraksi dinding dada,

suara perkusi dada redup, SpO₂ 90%, Tekanan Darah 130/90 mmHg, Frekuensi Nadi 96 x/menit, Suhu 36,30C, akral dingin, pucat. Diagnosis medis efusi pleura. Apakah masalah keperawatan yang utama pada kasus tersebut?

- A. Hipotermi
- B. Pola napas tidak efektif
- C. Kelebihan volume cairan
- D. Gangguan pertukaran gas
- E. Gangguan perfusi jaringan

12. Laki-laki, 16 tahun, dibawa ke IGD dengan luka tusuk pada dada. Hasil Pemeriksaan: pasien tidak sadar, GCS 111, terdapat luka tusuk pada dinding dada kanan, banyak keluar darah, Suara perkusi dada kanan hiperresonan, Frekuensi Napas 60 x/menit, SpO₂ 80%, Tekanan Darah 90/60 mmHg, Frekuensi Nadi 120 x/menit, akral dingin, pucat, CRT>4 detik, Suhu 38,80C. Apakah tindakan utama yang harus segera dilakukan pada kasus tersebut?

- A. Menutup luka tembus
- B. Menghentikan perdarahan
- C. Memberikan transfusi darah
- D. Memberikan bantuan oksigen
- E. Memberikan cairan melalui intravena

13. Laki-laki, 66 tahun, dibawa ke IGD karena mendadak pingsan saat jogging. Hasil Pemeriksaan: sebelum pingsan pasien mengeluh nyeri dada menjals ke lengan, dada berat, sesak dan keringat dingin. Tekanan Darah 90/55 mmHg, Frekuensi Nadi 110 x/menit, Frekuensi Nadi tidak teratur. Frekuensi Napas 20X/menit. Apakah pemeriksaan penunjang utama pada kasus tersebut?

- A. Foto thoraks
- B. Darah lengkap
- C. Ecocardiografi
- D. Elektrokardiografi

E. Gula darah sewaktu

14. Laki-laki, 60 tahun, dirawat di ICCU dengan infark miokard akut. Hasil Pemeriksaan: Kesadarannya compos mentis, Hasil Pemeriksaan: EKG 12 lead didapatkan gambaran ST elevasi pada lead I, aVL, V5 dan V6. Apakah regio jantung yang mengalami infark?
- A. Septal
 - B. Lateral
 - C. Inferior
 - D. Anterior
 - E. Anterolateral
15. Laki-laki, 25 tahun, dibawa ke IGD karena mengalami kecelakaan. Hasil Pemeriksaan: kesadaran menurun, GCS 8, ada luka di kepala dan keluar darah, Frekuensi Napas 24 x/menit, SpO₂ 95%, Tekanan Darah 180/100 mmHg, Frekuensi Nadi 110 x/menit, Suhu 38,90C, pasien tampak gelisah dan ada edema periorbita. Apakah masalah keperawatan yang utama pada kasus tersebut?
- A. Gangguan perfusi serebral
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Hipervolemia
 - D. Hipertermia
 - E. Ansietas
16. Laki-laki, 22 tahun, dibawa ke IGD akibat kecelakaan lalu lintas 10 menit lalu. Hasil Pemeriksaan: berespon terhadap nyeri, Tekanan Darah 80/65 mmHg, Frekuensi Nadi 114 x/menit, Frekuensi Napas 33 x/menit, terdengar snoring, tampak luka robek di pipi, retraksi supraclavicula, tulang paha kiri keluar disertai pendarahan aktif, akral dingin dan CRT 4 detik. Apakah label triage yang tepat diberikan pada kasus tersebut?
- A. Kuning

- B. Merah
 - C. Hitam
 - D. Hijau
 - E. Biru
17. Laki-laki, 19 tahun, dibawa ke UGD akibat terjatuh dari pohon 15 menit lalu. Hasil Pemeriksaan: sakit saat bernapas, Frekuensi Napas 30 x/menit, Frekuensi Nadi 98 x/menit, skala nyeri 3; bicara terbata-bata, wajah pucat, ada jejas di dada kanan, suara napas paru terdengar vesikuler pada kedua sisi. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Nyeri akut
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Gangguan pertukaran gas
 - D. Gangguan ventilasi spontan
 - E. Bersihan jalan napas tidak efektif
18. Laki-laki, 29 tahun, terserempet mobil kemudian jatuh tergeletak tidak sadar. Tampak ada lecet dan mengeluarkan darah pada pelipis kiri. Tindakan pertolongan segera dilakukan. Penolong memastikan keamanan diri, lingkungan serta pasien dan kemudian melakukan cek respon dan hasilnya tidak ada respon. Apakah tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?
- A. Cek Frekuensi Nadi dan napas
 - B. Kontrol servical
 - C. Minta bantuan
 - D. Lakukan RJP
 - E. Balut tekan
19. Laki-laki, 3 tahun, dibawa ke UGD karena jatuh. Hasil Pemeriksaan: pasien terpeleset ditangga dan kepala membentur lantai cukup keras, rewel, sempat muntah 2 kali, jejas di pelipis, Frekuensi Napas 32 x/menit. 30 menit

kemudian pasien dianjurkan pulang dan perawat perlu memberikan edukasi untuk mengidentifikasi bahaya harus diwaspadai di rumah. Apakah yang harus disampaikan perawat pada kasus tersebut?

- A. Memberikan minum hangat setiap satu jam
- B. Sesekali ayun dan gendong anak saat rewel
- C. Memasang penghalang dilokasi yang berbahaya
- D. Membangunkan setiap setengah jam jika anak tertidur
- E. Membiarkan anak tertidur untuk meminimalkan rewel

20. Laki-laki, 22 tahun, dirawat di UGD setelah tindakan resusitasi cairan akibat shock. Hasil Pemeriksaan: berat badan 50 Kg, terpasang foley cateter dan tercatat urine terakhir dibuang pukul 21.00 WIB. Saat ini, waktu menunjukkan pukul 01.00 WIB dan kondisi pasien dievaluasi sebagai persiapan transfer pasien ke ruang perawatan. Perawat melakukan evaluasi jumlah urine yang menunjukkan fungsi ginjal normal. Berapakah volume urine yang perlu dievaluasi pada kasus tersebut?

- A. 50 – 100 cc
- B. 80 – 160 cc
- C. 100 – 200 cc
- D. 120 – 240 cc
- E. 150 – 300 cc

Pembahasan Soal Gadar

Kekuatan besar dalam diri manusia adalah iman
dan rasa percaya diri.

Muhammad Ali
1942 -2012

1. Jawaban: d. pasang neck collar

Kata kunci: Keluarga mengatakan pasien masuk ke parit sampai helem terlepas Tampak luka terbuka dengan perdarahan di kepala dan klavikula.

Pembahasan:

Data diatas menunjukkan pasien harus dicurigai trauma servical, dimana terdapat 4 kondisi yang harus dicurigai, diantaranya:

1. Setiap trauma kapitis (kepala)
2. Setiap trauma yang terjadi mulai dari kalvikula ke arah atas
3. Multiple trauma
4. Biomekanikal trauma mendukung

Jika pasien terdapat salah satu atau lebih tanda tersebut, maka pasien harus dilakukan pemasangan neck collar terlebih dahulu, kemudian dilanjutkan penanganan sesuai dnegan kondisi Airway, Breathin dan Sirkulasi. Kecuali pada pasien yang tidak teraba Frekuensi Nadi (henti jantung) maka yang menjadi prioritas adalah resusitasi jantung paru terlebih dahulu.

Referensi: Galvagno, S. M., Nahmias, J. T., & Young, D. A. (2019). Advanced trauma life support® Update 2019: management and applications for adults and special populations. *Anesthesiology clinics*, 37(1), 13-32.

2. Jawaban: E. kuning

Kata kunci: TEKANAN DARAH 84/61 mmHg, Frekuensi Nadi 109 x/menit, Frekuensi Napas 32 x/menit, ortopneu (+), tampak sianosis dan akral

Pembahasan: Pada kasus tersebut, pasien memiliki masalah pada bagian sirkulasi saja. Kondisi dimana pasien mengalami hiperglikemia berat yang ditandai dengan GDS

432 gr/dL dan mengarah pada kasus Ketoasidosis Diabetikum karena disertai tanda gejala Syok Hipovolemik dan Asidosis.

Masalah sirkulasi pada kasus tersebut diakibatkan terjadinya osmotik diuresis (hiperglikemia) yang berakibat pada kehilangan cairan berlebihan dan pasien mengalami dehidrasi sampai ekadasi syok. Kasus ini membutuhkan tindakan segera terutama penggantian cairan dengan kristaloid.

Tidak terdapat masalah Airway atau pun Breathing, Sehingga kasus ini hanya membutuhkan pertolongan segera tanpa disertai ancaman kematian yang cepat.

Referensi: Galvagno, S. M., Nahmias, J. T., & Young, D. A. (2019). Advanced trauma life support® Update 2019: management and applications for adults and special populations. *Anesthesiology clinics*, 37(1), 13-32.

3. **Jawaban: d. pastikan perlekatan masker**
Kata kunci: Saat perawat melakukan ventilasi, dada tidak mengembang dan SatO₂ 76%

Pembahasan: Keadaan henti napas dapat ditandai dengan tidak ada napas sama sekali (apneu) atau pun kondisi megap-megap gasping. Pada kondisi tersebut, pasien harus dilakukan tindakan ventilasi 10x/menit dan dilakukan selama 2 menit. Evaluasi saat dilakukan ventilasi salah satunya dada harus mengembang, yang mengartikan bahwa ventilasi efektif diberikan. Jika dada tidak mengembang maka penolong harus melakukan evaluasi/ koreksi ventilasi dengan MRSOPA.

M = Mask (pastikan ukuran dan perlekatan masker dengan tepat)

R = Reposisi Kepala (posisikan dan pastikan kepala ekstensi)

S = Suction (lakukan penghisapan di mulut memastikan airway paten)

O = Open Mouth (buka mulut memastikan danya sumbatan jalan napas)

P = Pressure (tambahkan tekanan)

A = Alternatif Airway (pertimbangkan untuk intubasi/pemasangan ETT)

Referensi: Panchal, A. R., Bartos, J. A., Cabañas, J. G., Donnino, M. W., Drennan, I. R., Hirsch, K. G., ... & Berg, K. M. (2020). Part 3: adult basic and advanced life support: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 142(16_Suppl_2), S366-S468.

4. **Jawaban: e. 1350 cc**

Kata kunci: luka bakar di seluruh wajah (4,5%), dada (9%), kedua tangan bagian depan (4,5x2=9%), sebagian abdomen (4,5%); BB 50 kg. Saat ini pasien sedang dilakukan resusitasi cairan kristaloid.

Yang ditanyakan jumlah cairan pada 8 jam ke 2

Pembahasan: Rumus Pemberian Cairan pada Kasus Luka bakar

$4 \times \text{BB} \times \text{Luas Luka Bakar}$

Jadi, $4 \times 50 \times 27 = 5400 \text{ cc}/24 \text{ jam}$

Kebutuhan Cairan

8 jam pertama : $\frac{1}{2} \times \text{Total Cairan}$

8 jam kedua : $\frac{1}{4} \times \text{Total Cairan}$

8 jam ketiga : $\frac{1}{4} \times \text{total cairan}$

Yang ditanyakan adalah 8 jam kedua, maka rumusnya $\frac{1}{4} \times 5400 \text{ cc} = 1.350 \text{ cc}$

Referensi: Galvagno, S. M., Nahmias, J. T., & Young, D. A. (2019). Advanced trauma life support® Update 2019: management and applications for adults and special populations. *Anesthesiology clinics*, 37(1), 13-32.

5. **Jawaban: e. Urin output 0,5 cc/kgBB/jam**

Kata kunci: Tanda Syok: TEKANAN DARAH 76/51 mmHg, Frekuensi Nadi 121 x/menit, Frekuensi Napas 28 x/menit, SatO2 89%; tampak sianosis, akral teraba dingin, CRT >3 detik, urin tidak ada

Saat ini pasien sedang dilakukan resusitasi cairan kristaloid.

Yang ditanyakan indicator keberhasilan tindakan resusitasi cairan

Pembahasan: Indikator keberhasilan diartikan evaluasi sumatif atau kondisi apa yang membuktikan bahwa resusitasi cairannya berhasil mengatasi masalah. Urin output merupakan salah satu kriteria keberhasilan tindakan tersebut. Jika urin output sudah normal (0,5-1 cc/kgBB/jam)/ tercapai, mengartikan bahwa perfusi ke ginjal sudah membaik dan kembali seperti semula. Ginjal merupakan organ yang sejak awal kondisi akan mengalami penurunan perfusi, karena tubuh akan memprioritaskan Otak, Jantung dan Paru terlebih dahulu. Hal ini mengindikasikan bahwa jika ginjal membaik dengan data urin output, maka 3 organ vital tersebut juga sudah dalam keadaan sangat baik.

Referensi: Galvagno, S. M., Nahmias, J. T., & Young, D. A. (2019). Advanced trauma life support® Update 2019: management and applications for adults and special populations. *Anesthesiology clinics*, 37(1), 13-32.

6. Jawaban: c. Nitogliserin Sublingual

Kata kunci: Nyeri dada, nyeri dada timbul setelah aktivitas, nyeri menjalar ke punggung, nyeri berlangsung 5 menit.

Pembahasan: Berdasarkan kata kunci dan uraian kasus tersebut, pasien mengalami serangan Angina Pectoris, yang ditandai dengan nyeri dada khas tetapi terjadi karena ada faktor pencetus dan tanpa gejala lain yang menyertai (mual, muntah, sesak, keringat dingin)

Jawaban Paling tepat:

Nyeri pada angina disebabkan karena terjadi iskemia miokardium. Nitrogliserin merupakan tindakan prioritas utama karena merupakan vasodilator yang mengurangi kebutuhan oksigen miokard dengan menurunkan preload ventrikel melalui vasodilatasi. Melalui vasodilatasi, nitrogliserin meningkatkan arteri dan kolateral mengalir ke area iskemik. Nitrogliserin dapat diberikan secara sublingual Pemberian Nitrogliserin, tablet (0,4 mg) dapat diulang 3- 5 menit maksimal 3 X pemeberian.

Jawaban kurang tepat:

- Pemberian morphim digunakan apabila dengan nitrogliserin tidak dapat mengurangi nyeri dan ada indikasi serangan IMA (nyeri lebih dari 30 menit yang disertai gejala penyerta).
- Oksigen bisa dipertimbangkan untuk diberikan dengan tujuan meningkatkan saturasi namun bukan tindakan pripritas.
- Obat anti thrombus (Aspirin) juga dapat diberikan setelah pemberian nitrogliserin atau diberikan secara simultan.

- Napas dalam akan meningkatkan kebutuhan oksigen yang meningkat sehingga dapat meningkatkan iskemia.

Referensi: Morton PJ. Fontaine DK (2013), *Critical Care Nursing A holistic Approach*, Tenth Edition, Lippincott Williams & Wilkins.

7. **Jawaban: a. ST Elevasi di Lead II, III dan aVF**

Kata kunci: Frekuensi Frekuensi Nadi 55X/menit Nyeri dada, nyeri dada mendadak, lebih dari 30 menit, nyeri menjalar ke punggung dan lengan, mual, pusing, sesak dan kulit dingin.

Pembahasan: Jawaban Paling tepat:

Berdasarkan kata kunci dan uraian kasus tersebut, pasien mengalami serangan sindroma koroner akut (IMA Inferior). pasien diberikan beberapa tindakan perawatan dan terapi: Morphem, Oksigen, Nitrogliserin, Anti thrombus/Aspirin (MONA), dan segera dipasang ECG monitoring dan dilakukan perekaman 12 lead.

Pada IMA dengan bradikardia, menunjukkan adanya gangguan sirkulasi pada arteri koronaria kanan yang mensupli darah ke Sinus atrium, atrium kanan, dan menyebabkan injury otot jantung bagian bawah (inferior). Oleh karena itu sebagai prioritas harus diidentifikasi kelainan ECG; ST elevasi pada lead II, III, aVF

Jawaban kurang tepat:

- ST Elevasi di lead V1, V2, V3, V4, menunjukkan adanya gangguan sirkulasi pada astrei koronari kiri (Antero-septal), dan Frekuensi Nadi menjadi takikardia.

- Q patologis pada lead V5,V6, I dan aVL, menunjukkan adanya nekrosis pada sisi lateral jantung
- T inversi atau ST depresi di lead V1,V2,V3,V4, merupakan gambaran ECG apabila terjadi iskemia (serangan Angina) pada antero-septal jantung
- PR interval yang memanjang lebih dari 0.20 detik, menggambarkan bahwa terdapat gangguan konduksi blok pada atrio ventrikuler Node (AV-BLOCK)

Referensi: Morton PJ. Fontaine DK (2013), Critical Care Nursing A holistic Approach, Tenth Edition, Lippincott Williams & Wilkins.

8. **Jawaban: D. Tepuk bahu dan panggil pasien**
Kata kunci: Nyeri dada berat lebih dari 30 menit, tiba-tiba pasien terlihat tidak bergerak.

Pembahasan: Berdasarkan kata kunci dan uraian kasus tersebut, pasien mengalami serangan IMA dengan kardiak arrest. Oleh karena itu segera harus kita lakukan tindakan Bantuan hidup dasar (CPR). Terdapat beberapa tahapan tindakan CPR yaitu DRSCAB

D : pastikan aman diri, pasien, dan lingkungan (3A)

R : cek respon pasien dengan menepuk bahu dan memanggil pasien untuk memastikan kesadaran pasien.

S : teriak minta tolong dengan mengaktifkan Kode Blue

C : memastikan sirkulasi dengan meraba Frekuensi Nadi karotis dan pernapasan

A : memastikan kepatenan jalan napas

B : memberikan pernapasan yang adekuat

Jawaban paling tepat:

Karena saat tiba d UGD sudah dipastikan aman untuk penolong, pasien dan lingkungan, maka tindakan yang paling tepat berikutnya adalah memastikan kesadaran pasien dengan memanggil dan menepuk bahu pasien.

Jawaban kurang tepat:

- Pijat jantung 2 menit, dilakukan setelah dipastikan tidak teraba Frekuensi Nadi karotis
- Segera aktifkan kode blue, merupakan tindakan setelah dipastikan tidak ada respon pasien agar segera mendapat bantuan secepatnya.
- DC syock 360 joule monofasik, dilakukan apabila telah terpasang ECG monitoring yang terlihat gambaran Ventrikuler fibrilasi atau ventrikler taktikardia tanpa Frekuensi Nadi.
- Periksa pernapasan dan Frekuensi Nadi karotis, tindakan ini dilakukan setelah diadaparkan tidak ada respon setelah memanggil dan menepuk bahu pasien.

Referensi: Morton PJ. Fontaine DK (2013), Critical Care Nursing A holistic Approach, Tenth Edition, Lippincott Williams & Wilkins.

9. **Jawaban: e. lihat ECG monitoring untuk memastikan irama jantung ventrikel fibrilasi**
Kata kunci: fibrilasi ventrikel, pasien tidak sadar, pasien akan diberikan tindakan DC syock pertama 360 joule.

Pembahasan: Berdasarkan kata kunci dan uraian kasus tersebut, pasien mengalami gangguan irama jantung ventrikel fibrilasi. Oleh karena itu harus segera dilakukan tindakan DC-Syock. Setelah semua prosedur dilalui sebelum energi syock diberikan, harus dipastikan bahwa

irama jantung monitoring tetap ventrikel fibrilasi. Karena setiap saat irama jantung pasien dapat berubah menjadi asistol. Jika asistol timbul maka tindakan DC syock tidak boleh diberikan karena membahayakan pasien.

Jawaban kurang tepat:

- Berikan jelly pada padel DC syock, merupakan prosedur baku tindakan DC syock dan tidak membahayakan jiwa pasien,
- Tentukan DC syock monofasik atau bifasik, sudah teridentifikasi sesuai dengan alat, jika 360 joule adalah monofasik
- Pastikan berat tekanan pada padel setara 12 kg, prosedur baku yang akan mempengaruhi efektifitas DC Syock
- Cek dan atur power DC syock sesuai dengan energi DC syock, harus sudah dilakukan di awal sebelum tindakan DC syock diberikan.

Referensi: Morton PJ. Fontaine DK (2013), Critical Care Nursing A holistic Approach, Tenth Edition, Lippincott Williams & Wilkins.

10. **Jawaban: c. lakukan CPR selama 2 menit**

Kata kunci: Nampak gambaran Ventrikuler vibrilasi. DC syock pertama 360 joule telah diberikan

Pembahasan: Berdasarkan kata kunci dan uraian kasus tersebut, pasien mengalami gangguan irama ventrikel fibrilasi dan tindakan Syock pertama 360 joule telah diberikan. Oleh karena itu sesuai dengan algoritme AHA 2020, setelah DC syock diberikan segera CPR 2 menit dilakukan. Dengan rasional, bahwa tindakan DC syock akan menyebabkan asistol sebelum menjadi irama sinus atau tetap fibrilasi ventrikel. oleh karena itu agar otak tetap

memperoleh sirkulasi tindakan CPR segera dilakukan setelah tindakan DC Syock.

Jawaban kurang tepat:

- Pemberian obat ephinefrin dilakukan secara simultan setelah teridentifikasi irama ventrikel fibrilasi
- Cek Frekuensi Nadi dan pernapasan, dilakukan setelah tindakan CPR 2 menit dan terlihat ECG monitoring ventrikel takikardi
- Pasang Oro Pharyngeal airway (OPA), merupakan tindakan airway yang dapat dilakukan secara simultan setelah CPR berlangsung
- Tindakan intubasi Endo tracheal Tube (ETT), dilakukan setelah tindakan DC Syock ke 2.

Referensi: Morton PJ. Fontaine DK (2013), Critical Care Nursing A holistic Approach, Tenth Edition, Lippincott Williams & Wilkins.

11. **Jawaban: B. Pola napas tidak efektif**

Kata kunci: Efusi pleura, Frekuensi Napas 36 x/menit, pernapasan cuping hidung dan retraksi dinding dada.

Pembahasan: Efusi pleura merupakan kondisi dimana kavum pleura terisi oleh cairan. Hal ini menyebabkan rongga paru semakin sempit, compliance paru semakin kecil. Sebagai kompensasinya paru terjadi perubahan pola napas dengan meningkatkan Frekuensi Napas dan menggunakan otot bantu napas dengan tujuan untuk meningkatkan suplai oksigen ke seluruh tubuh. Jika paru gagal mengkompensasi, maka terjadi hipoksia yang ditandai dengan penurunan SpO₂, pucat, dan akral dingin.

Jawaban yang kurang tepat:

Pada keadaan Suhu tubuh 36,3 dapat terjadi hipotermia, namun bukan masalah prioritas. hipervolemia bukan masalah yang tepat pada kasus tersebut karena tidak ada data luaran urine dan distensi vena jugularis. Gangguan pertukaran gas belum dapat ditegakkan karena tidak ada data Hasil Pemeriksaan: analisa gas darah. Gangguan perfusi jaringan memerlukan data CRT.

Referensi: Schumacher, L. & Chernecky, C. C. (2009). Saunders Nursing Survival Guide: Critical Care & Emergency Nursing, 2ed. Saunders: Elsevier Inc.

Urden, L.D., Stacy, K. M. & Lough, M. E. (2014). Critical care Nursing: diagnosis and Management. 7th ed. Mosby: Elsevier Inc

12. **Jawaban: A. Menutup luka tembus**

Kata kunci: luka tusuk pada dada, suara perkusi dada kanan hiperresonan

Pembahasan: Jawaban yang tepat: A menutup luka tembus Berdasarkan kata kunci dan uraian kasus, pasien mengalami open Pneumothorax. Pada open pneumothoraks udara yang terperangkap dalam cavum thoraks akan semakin banyak jika lubang dibiarkan terbuka. Udara dalam cavum thoraks akan mengakibatkan semakin kecil compliance parunya dan kemudian menyebabkan gagal napas. Oleh karena itu, tindakan menutup luka tusuk harus segera dilakukan.

Jawaban kurang tepat:

Menghentikan perdarahan, juga perlu dilakukan setelah tindakan prioritas dilakukan. Tranfusi darah perlu dipersiapkan dan diberikan bila telah ada hasil pemeriksaan Hb < 6 gr %. Oksigen juga perlu diberikan

untuk mencegah hipoksia, namun bukan tindakan prioritas. memberikan cairan intravena juga harus segera diberikan, setelah tindakan prioritas diberikan.

Referensi: Schumacher, L. & Chernecky, C. C. (2009). Saunders Nursing Survival Guide: Critical Care & Emergency Nursing, 2ed. Saunders: Elsevier Inc.

Urden, L.D., Stacy, K. M. & Lough, M. E. (2014). Critical care Nursing: diagnosis and Management. 7th ed. Mosby: Elsevier Inc

13. **Jawaban: D. Elektrokardiografi**

Kata kunci: nyeri dada menjalar ke lengan, dada berat, sesak dan keringat dingin

Pembahasan: Berdasarkan kata kunci, pasien mengalami serangan Infark miokard akut. Nyeri yang khas pada infark miokard terjadi karena adanya hipoksia pada sebagian sel miokard. Melalui pemeriksaan EKG dapat mendeteksi adanya perubahan segmen ST yang menggambarkan kondisi tersebut. Pada IMA dapat menyebabkan penurunan kontraksi otot jantung dan akibatnya jantung tidak bisa memompa darah secara optimal menyebabkan suplai oksigen seluruh sel menurun, termasuk ke otak.

Jawaban Kurang tepat:

Foto toraks juga perlu dilakukan, tetapi bukan prioritas utama. Pemeriksaan darah lengkap juga perlu dilakukan tetapi bukan prioritas. ecokardiographi dilakukan terutama untuk mengetahui keadaan katub jantung. Pemeriksaan gula darah juga perlu dilakukan untuk mengidentifikasi factor risiko tetapi bukan prioritas.

Referensi: Schumacher, L. & Chernecky, C. C. (2009). *Saunders Nursing Survival Guide: Critical Care & Emergency Nursing*, 2ed. Saunders: Elsevier Inc.

Urden, L.D., Stacy, K. M. & Lough, M. E. (2014). *Critical care Nursing: diagnosis and Management*. 7th ed. Mosby: Elsevier Inc

14. **Jawaban: B. Lateral**

Kata kunci: ST elevasi pada lead I, aVL, V5 dan V6.

Pembahasan: Sesuai dengan segitiga Einthoven area jantung yang mengalami infark dapat dikenali dengan melihat gambaran ST elevasi pada sadapan precordial (V1-V6) maupun sadapan ekstremitas (lead I, II, III, aVL, aVF). Sadapan lateral ditunjukkan pada ECG lead V5, V6, I dan aVL.

Jawaban kurang tepat:

Septal pada lead V1 dan V2. Anterior lead V3 dan V4, Inferior lead II, III dan aVF, Anteroseptal merupakan gabungan anterior dan septal

Referensi: Schumacher, L. & Chernecky, C. C. (2009). *Saunders Nursing Survival Guide: Critical Care & Emergency Nursing*, 2ed. Saunders: Elsevier Inc.

Urden, L.D., Stacy, K. M. & Lough, M. E. (2014). *Critical care Nursing: diagnosis and Management*. 7th ed. Mosby: Elsevier Inc

15. **Jawaban: A. Gangguan perfusi serebral**

Kata kunci: kesadaran menurun, GCS 8, luka di kepala dan keluar darah, edema periorbita. TEKANAN DARAH 180/100mHg

Pembahasan: Berdasarkan kata kunci pasien Cedera kepala dengan PTIK. Cidera kepala dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (PTIK) oleh karena penambahan volume dalam cavum cranial. PTIK menyebabkan aliran darah ke otak terganggu, dan kemudian menyebabkan gangguan perfusi jaringan cerebral.

Jawaban yang kurang tepat:

Pada trauma kepala dengan TTIK dapat menyebabkan perubahan pola napas, tetapi sesuai dengan data belum ada data. Hipervolemia bukan masalah yang dapat muncul pada trauma kepala. Hipertermia bukan masalah prioritas. cemas merupakan masalah pada pasien dengan kondisi sadar, dan pada kasus tersebut terjadi penurunan kesadaran.

Referensi: Schumacher, L. & Chernecky, C. C. (2009). Saunders Nursing Survival Guide: Critical Care & Emergency Nursing, 2ed. Saunders: Elsevier Inc.

Urden, L.D., Stacy, K. M. & Lough, M. E. (2014). Critical care Nursing: diagnosis and Management. 7th ed. Mosby: Elsevier Inc

16. **Jawaban: b. merah**

Kata kunci: Berespon terhadap nyeri, Snoring, Retraksi supraclavikula, TEKANAN DARAH 80/65 mmHg, Akral dingin, CRT 4 detik, luka di pipi.

Pembahasan: Berdasarkan kata kunci dan uraian kasus pasien mengalami gangguan pada komponen vital yaitu: Airway (snoring), Breathing (retraksi supraclavicular), Circulation (syok hypovolemia) dan disability (penurunan kesadaran dengan risiko cedera cervical). Keadaan tersebut menunjukkan kondisi yang mengancam nyawa (life

treathening) dan harus segera dilakukan tindakan (urgen), sehingga pasien harus diberikan label triage merah.

Jawaban yang kurang tepat:

Triage kuning bila kasus mengancam jiwa tetapi tindakan dapat ditunda (non urgen), Hijau tidak mengancam jiwa dan hitam bila dinyatakan meninggal.

Referensi: Mardalena, I (2017). Asuhan keperawatan gawat darurat. Yogyakarta: Pustaka Baru Press

17. **Jawaban: b. pola napas tidak efektif**

Kata kunci: Nyeri saat bernapas, bicara terbata-bata, Dipsnoe (30 x/menit)

Pembahasan: Berdasarkan kata kunci dan uraian kasus terdapat data mayor minor yang menunjukkan adanya masalah pada pola pernapasan.

Jawaban yang kurang tepat:

Masalah nyeri juga terjadi pada kasus tersebut, tetapi lebih prioritas pada masalah pola napas. Hal ini sesuai dengan pendekatan algoritma intial assesment trauma yang harus mengutamakan permasalahan Airway dan breathing. Gangguan pertukaran gas tidak dapat ditegakkan karena tidak ada yang mendukung. Demikian pula gangguan ventilasi dan bersihan jalan napas kurang ada data yang mendukung.

Referensi: Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

18. Jawaban: c. Minta bantuan

Kata kunci: Korban tidak sadarkan diri akibat kecelakaan, penolong sudah melakukan 3A dan mengecek respon pasien.

Pembahasan: Prinsip utama pelaksanaan tindakan kegawatdaruratan pada korban sesuai algoritma yang berlaku yaitu D-R-S-C-A-B diikuti penatalaksanaan sesuai kasus. D berarti Danger meliputi 3A (Aman diri, lingkungan dan pasien), R berarti Respon yang meliputi pemeriksaan respon pasien apakah sadar atau tidak, Selanjutnya S berarti Shout For Help yang meliputi tindakan meminta bantuan dan dapat menghubungi 119.

Jawaban yang kurang tepat:

Cek Frekuensi Nadi dan napas, merupakan tindakan memastikan sirkulasi dan dilakukan setelah minta bantuan. Control cervical dilakukan setelah meminta bantuan dan melakukan tindakan RJP. RJP dilakukan setelah memastikan Frekuensi Nadi dan napas. Balut tekan merupakan bagian tindakan untuk mempertahankan sirkulasi.

Referensi: Mardalena, I (2017). Asuhan keperawatan gawat darurat. Yogyakarta: Pustaka Baru Press

19. Jawaban: d. membangunkan setiap setengah jam jika anak tertidur

Kata kunci: Terjatuh ditangga dengan kepala membentur lantai, pasien rewel dan muntah 2 kali, jejas di pelipis, edukasi kewaspadaan umum head injury

Pembahasan: Kewaspadaan merupakan salah satu tindakan yang dilakukan pada individu. Pada kasus

ditemukan bahwa anak mengalami head injury ringan, sehingga tidak memerlukan perawatan di RS. Saat ini ditemukan bahwa tanda-tanda vital (respirasi) dalam kategori normal. Sebagai langkah kewaspadaan perawat perlu menyampaikan kepada keluarga bahwa anak harus dibangunkan setiap setengah jam untuk mengidentifikasi terjadi atau tidaknya perburukan kondisi (penurunan kesadaran yang tidak disadari).

Jawaban yang kurang tepat:

Memberikan minum bukan merupakan tindakan spesifik pada kasus tersebut. Mengayun anak tidak diperbolehkan, karena anak harus istirahat dan membatasi gerakan kepala yang berlebihan. Membiarkan anak tertidur menyebabkan tidak dapat diketahui bila terjadi perburukan kondisi.

Referensi: Mardalena, I (2017). Asuhan keperawatan gawat darurat. Yogyakarta: Pustaka Baru Press

20. **Jawaban: c. 100 - 200 cc**

Kata kunci: BB = 50 Kg, Waktu tampung Urine 4 jam (21,00 - 01 00 WIB)

Pembahasan: Produksi urine orang dewasa 0.5 - 1 cc/Kgbb/jam


Maka

$$0.5 \text{ cc} \times 50 \text{ kg} \times 4 \text{ jam} = 100 \text{ cc}$$

$$1 \text{ cc} \times 50 \text{ kg} \times 4 \text{ jam} = 200 \text{ cc}$$

Sehingga urine yang harus di evaluasi yang menunjukkan fungsi ginjal dalam kondisi baik adalah 100 - 200 cc.


Referensi: Mardalena, I (2017). Asuhan keperawatan gawat darurat. Yogyakarta: Pustaka Baru Press



Buku ini akan memberikan sebuah wawasan baru bagi pembaca dibidang keperawatan. Dikemas dengan mengikuti standar nasional, contoh soal yang disajikan diharapkan dapat menjadi bekal dalam menghadapi Uji Kompetensi bagi mahasiswa profesi perawat. Tak hanya sampai dibatas level ujian, harapan kami, tentunya buku ini juga dapat bermanfaat bagi para praktisi perawat yang memiliki keinginan untuk terus meng-upgrade pengetahuannya melalui soal-soal kasus yang paling sering terjadi di Indonesia.

Jenis soal yang ada didalam buku ini telah melalui proses pemilihan yang ketat, sistematis dan sesuai prosedur. Penulis merupakan akademisi dan praktisi dari berbagai daerah di Indonesia. Penulis telah mengikuti pelatihan dalam penyusunan soal ukom. Tidak mudah untuk menyatukan pemikiran puluhan dosen dan praktisi yang terlibat, namun berkat tujuan dan niat yang kuat, melalui buku ini kami berharap dapat mengantarkan pembaca ke gerbang KOMPETEN.

"Sedikit kemajuan setiap hari di dalam dirimu menambah sesuatu hingga hasil yang besar."



ISBN 978-623-09-0620-6



Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919