

PAKET SOAL

Persiapan SKB/Kompetensi Teknis

PERAWAT

(S1 & D3)

Latihan Soal Kompetensi Bidang/Teknis

1. Kunci Jawaban ada di halaman
 2. Ada 200 soal Latihan kompetensi perawat baik S1 dan D3
 3. Ebook : File PDF
-

LATIHAN SOAL

--Selamat Mengerjakan--

Paket Soal 1

1. Penyebab terbanyak kematian Balita adalah...
 - a. Diare
 - b. Pneumonia
 - c. DBD
 - d. Typoid

Pembahasan: menurut Depkes

- a. Kematian Perinatal 0-7 hari penyakit paling banyak adalah gangguan pernapasan (35,9%, prematuritas (32,4%, sepsis (12%)
- b. Kematian Neonatal 7-29 hari adalah sepsis (20,5%), malformasi kongenital (18,1%), pneumonia (15,4%)
- c. Kematian bayi terbanyak adalah diare (42% dan pneumonia (24%)
- d. Kematian balita adalah diare 25,2% dan pneumonia (15,5%)

Jawaban ; A

2. Seorang anak berusia 9 tahun akan menjalani operasi tonsilektomi. Setelah semua persiapan dilakukan operasinya berjalan dengan lancar. Anak dalam masa pemulihan pasca operasi. Bagaimanakah posisi anak yang harus diatur perawat setelah operasi tersebut...
 - a. Posisi terlentang
 - b. Posisi miring
 - c. Posisi setengah duduk
 - d. Posisi kepala dibawah

Pembahasan:

Posisi miring pada anak dengan kondisi tonsilektomi adalah untuk memfasilitasi drainase

Jawaban: B

3. Seorang anak laki laki berusia 7 tahun mengalami luka pada kaki kanan akibat jatuh dari sepeda, terdapat pendarahan pada luka. Luka tampak kotor, perawat membersihkan luka dengan membalut luka tersebut. Beberapa jam kemudian luka tidak lagi mengeluarkan darah. Apakah fase luka pada kasus diatas?
 - a. Remodeling
 - b. Proliferasi
 - c. Inflamasi
 - d. Granulasi

Fase penyembuhan luka menurut Smeltzer adalah:

1. Fase Inflamasi: berlangsung selama 1 sampai 4 hari. Respon vascular terjadi Ketika jaringan teropong mengalami cedera. Vasokonstriksi pembuluh darah terjadi dan bekuan hibrinoplatelet terbentuk dalam upaya untuk mengontrol pendarahan. Reaksi ini berlangsung selama 5 sampai 10 menit dan diikuti oleh vasodilatasi venula. Mikrosirkulasi kehilangan vasokonstriksinya karena kemampuan norepinefrin dirusak oleh enzim intraseluler. Histamin juga dilepaskan, yang meningkatkan permeabilitas kapiler. Ketika mikrosirkulasi mengalami kerusakan, elemen darah seperti antibody, plasma protein, elektrolit,

- komplemen, dan air menembus spasium vascular selama 2 sampai 3 hari, menyebabkan edema, teraba hangat, kemerahan dan nyeri.
2. Fase proliferasi: berlangsung selama 5 sampai 20 hari. Fibroblast memperbanyak diri dan membentuk jaring-jaring untuk sel-sel yang bermigrasi. Sel sel epitel membentuk kuncup pada pinggir luka, kuncup ini berkembang menjadi kapiler, yang merupakan sumber nutrisi bagi jaringan granulasi yang baru. Setelah 2 minggu, luka hanya memiliki 3% sampai 5% dari kekuatan aslinya. Sampai akhir bulan, hanya 35% sampai 59% kekuatan luka tercapai tidak akan lebih dari 70%. Banyak vitamin, terutama vitamin C, membantu proses metabolisme dalam proses penyembuhan luka.
 3. Fase maturasi: berlangsung 21 hari sampai sebulan. Sekitar 3 minggu setelah cedera, fibroblast mulai meninggalkan luka. Jaringan parut tampak besar, Menyusun sampai fibril kolagen kedalam posisi yang lebih padat. Hal ini, sejalan dengan dehidrasi, mengurangi peningkatan jaringan parut. Kekuatan maturasi jaringan ini terus berlanjut dan mencapai kekuatan maksimum dalam 10 atau 12 minggu, tetapi tidak pernah mencapai kekuatan aslinya dari jaringan sebelum luka

Pembahasan: C

4. Seorang balita berusia 3 tahun dibawa oleh ibunya ke puskesmas, dengan keluhan mencret 5 kali sehari dan anak tampak lemas. Hasil pengkajian: rewel, mata cekung dan mukosa bibir kering. Perawat akan menentukan derajat dehidrasi dengan pendekatan MTBS. Apakah daya yang perlu dikaji lebih lanjut pada kasus tersebut?
 - a. Cubitan kulit perut
 - b. Suhu
 - c. Konsistensi feses
 - d. BB

Data yang diperlukan adalah melakukan cubitan perut apakah Kembali lambat atau sangat lambat, malas minum, mata cekung dan gelisah/rewel

Pembahasan: A

5. Seorang anak laki-laki berusia 4 tahun dirawat diruangan anak dengan keluhan batuk disertai demam. Hasil pengkajian: tidak nafsu makan, rewel, susah tidur pada malam hari, sputum kental, terdengar ronchi di kedua lapang paru, frekuensi nafas 30x/menit, nadi 90x/menit, suhu tubuh 37,7 derajat C. apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
 - a. Bersihkan jalan napas tidak efektif
 - b. Hipertermia
 - c. Risiko deficit nutrisi
 - d. Gangguan pola tidur

Hasil pengkajian diperoleh ciri-ciri bersihan jalan napas tidak efektif yang dialami oleh anak tersebut

Pembahasan: A

6. Anak perempuan berusia 10 tahun mengalami diare encer 5-7 x/hari, muntah-muntah, kurang nafsu makan yang dialami sejak satu hari yang lalu. Apakah Langkah pengkajian yang utama dilakukan oleh perawat?
 - a. Asupan nutrisi

- b. Warna konjungtiva
- c. Turgor kulit
- d. Intake dan output cairan

Diare dapat menyebabkan kematian bila dehidrasi tidak teratasi dengan baik. Pada anak yang mengalami diare, pengkajian utama dilakukan adalah menilai derajat dehidrasi dengan cara turgor kulit, mata (cekung atau tidak) dan nadi anak.

Pembahasan: C

7. Seorang anak dibawa ibunya ke RS karena kejang saat dirumah. Hasil pengkajian: anak memiliki Riwayat kejang, demam sudah 3 hari, bapil, anak tampak lemah, suhu tubuh 39 derajat C. frekuensi napas 35x/menit, apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Hipertermia
 - b. Risiko cedera
 - c. Risiko infeksi
 - d. Pola nafas tidak efektif

Hipertermia yaitu dimana kondisi tubuh memiliki suhu yang tinggi. Suhu tubuh yang terlalu tinggi akan menyebabkan munculnya beragam gangguan, mulai dari kram otot, hingga gangguan pada otak dan system saraf.

Pembahasan: A

8. Seorang laki-laki berusia 59 tahun dirawat di ruang perawatan bedah dengan diagnosa post operasi TURP. Pada pasien terpasang kateter ngajalur untuk mengirigasi kandung kemih secara kontinue. Setelah memasang kateter tiga jalur, perawat kemudian menghubungkan selang berisi cairan irigasi ke purtirigasi kateter ngajalur Apakah tindakan selanjutnya, yang paling tepat pada kasus di atas?
- a. Klem slang kateter drainase
 - b. Secara perlahan buka klem geser pada slang cairan irigasi
 - c. Sesuaikan irigasi dengan kecepatan tetes yang diprogramkan
 - d. Buka klem geser sehingga 100 ml cairan irigasi masuk ke kandung kemih
 - e. Tutup klem slang dan gantung kantung larutan pada tiang penggantung IV

Rasional: Prosedur Irigasi kandung kemih menggunakan kateter 3 jalur: Kaji abdomen bawah untuk tanda distensi kandung kemih. Dengan menggunakan teknik aseptik, masukkan ujung slang irigasi steril ke dalam kantung yang berisi larutan irigasi. **Tutup klem selang dan gantung kantung larutan pada tiang penggantung IV.** Buka klem dan alirkan larutan melalui selang. pertahankan ujung slang steril: tutup klem Putar "Off" bagian irigasi kateter lumen tripel atau hubungan konektor-Y steril'kateter lumen ganda, kemudian hubungan kersiang irigasi. Pastikan kantung drainase dan slang dengan aman dihubungkan ke bagian drainase konektor-Y tripel ke kateter lumen ganda. Klem slang pada sistem drainase untuk abrasi intermetin, buka klem pada slang irigasi, dan alirkan sejumlah cairan yang diprogramkan masuk ke kandung kemih (100 ml adalah normal untuk orang dewasa). Tutup klem slang irigasi, kemudian buka klem slang drainase. Untuk irigasi kontinu, hitung kecepatan tetesan dan atur klem pada slang irigasi. secara tepat: yakinkan klem pada slang drainase pada kantung drainase. Buang alat yang terkontaminasi, lepaskan sarung tangan, dan cuci tangan. Catat jumlah larutan yang digunakan 4. sebagai iringan, hitunh kembali seperti yang didrainase, serta konsistensi drainase pada catatan perawat dan lembar asupan dan keluaran. Laporkan oklusi kateter, perdarahan tiba-tiba, infeksi, atau peningkatan nyeri pada dokter.

Pembahasan:E

9. Seorang perempuan umur 22 tahun yang dirawat di ruang perawatan mengeluh sulit tidur karena sering batuk berlendir, nafsu makan berkurang dan merasa lemas. Pada saat dilakukan

pemeriksaan didapatkan TD: 130/80 mmHg, N: 75 x/menit, RR: 22 x/menit dan S: 36,5°C. Pada pemeriksaan fisik didapatkan data wajah pucat, terdengar suara ronchi pada paru. Apakah tindakan mandiri yang bisa dilakukan oleh perawat?

- a. Mengajarkan teknik napas dalam
- b. Mengajarkan teknik batuk efektif
- c. Menganjurkan pasien banyak minum
- d. Menganjurkan makan sedikit tapi sering
- e. Menganjurkan pasien mengurangi aktivitas

Rasional: Keadaan klien yang mengalami batuk berlendir dapat ditangani dengan mengajarkan klien teknik batuk efektif

Pembahasan: B

10. Seorang laki-laki umur 30 tahun sedang mendapatkan tindakan berupa pengkajian dari perawat. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa klien mengalami Romberg positif. Apakah yang mengindikasikan hasil temuan perawat tersebut?

- a. Menurunnya kekuatan otot untuk menahan beban
- b. Sebuah gerakan bola mata yang tidak terarah, kaku, dan berulang
- c. Pergelangan dan ibu jari kaki dorsoneksi serta empat jari kaki lainnya meregang
- d. Adanya goyangan ketika klien berdiri tegak dengan dua kaki, lengan di sisi tubuh, dan mata tertutup.
- e. Sebuah penurunan respons ketika telunjuk klien tidak mampu menyentuh telunjuk pemeriksa setelah mendapat arahan

Rasional : Pada pemeriksaan Romberg, Pasien diperintahkan untuk berdiri dengan kedua kaki, kedua lengan berada di sisi tubuh dan mata tertutup, serta mempertahankan posisi tersebut. Dalam keadaan normal, Pasien mampu mempertahankan keseimbangan postur tubuhnya. Tes romberg positif merupakan **gangguan saraf vestibuler** yang ditemukan ketika Pasien kehilangan keseimbangan saat mata tertutup. **Hal tersebut pada Pasien dengan ataksia cerebral, kehilangan respons untuk menentukan gerakan ketika menutup mata, dan kehilangan fungsi vestibular.** Gangguan nystagmus yang positif ditunjukkan dengan gerakan bola mata yang tidak terarah, kaku dan berulang. Hasil positif pada pemeriksaan refleks babinski terjadi pada usia lebih dari 2 tahun, hal tersebut menunjukkan adanya gangguan pada sistem saraf pusat. Past pointing test dapat ditemukan dengan penurunan sensorik ketika pasien berhadapan dengan telunjuk pemeriksa dan pasien tidak mampu mengikuti arahan pemeriksa.

Pembahasan: D

11. Seorang laki-laki berusia 44 tahun, dirawat di ruang perawatan interna mengeluh sesak dan batuk berlendir pada malam hari. Hasil pengkajian didapatkan RR 24 x/menit, terdengar ronchi pada paru kiri, produksi sputum banyak, pasien sering terbangun pada malam hari karena batuknya. Pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, nampak pucat dan kelelahan. Hasil pemeriksaan sputum BTA: Positif dan LED 100 ml/jam. Apakah masalah keperawatan yang utama pada kasus di atas?

- a. Kelelahan
- b. Gangguan pola tidur
- c. Gangguan pertukaran gas
- d. Bersihanjalan napas tidak efektif
- e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Rasional : Masalah keperawatan utama dapat dilihat dari keluhan utama klien yang didukung dengan data objektif setelah perawat melakukan pengkajian dimana didapatkan data bahwa klien nampak batuk berlendir dan mengalami kesulitan tidur.

Pembahasan: D

12. Seorang perempuan usia 48 tahun dirawat di ruang interna dengan keluhan jantung sering berdebar-debar, dan lemas. Hasil pengkajian suhu 39 C, diaphoresis. Dalam sebulan pasien mengalami penurunan berat badan 3 kg. Hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan T3 dan T4 meningkat. Apakah Intervensi keperawatan yang utama pada kasus di atas?
- Memberi oksigen
 - minum banyak
 - Memberi diet TKTP
 - Lakukan kompres hangat
 - Anjurkan memakai pakaian tipis

Rasional : Tujuan pelaksanaan keperawatan mencakup **mengenali efek dari krisis tiroid**, memantau hasil klinis secara tepat, dan memberikan perawatan suportif untuk pasien dan keluarga. Sebagai seorang perawat secara mandiri adalah tindakan untuk menurunkan panas tubuh **mencakup kompres hangat**, penggunaan kasur dan selimut hipotermia, lingkungan yang dingin serta yang terpenting adalah observasi proses humidifikasi, hasil pemeriksaan gas darah arteri atau dan terapi cairan infus (yang mengandung glukosa) serta asuhan keperawatan suportif yang sangat teliti.

Pembahasan: D

13. Seorang perempuan berusia 45 tahun dirawat di ruang saraf sejak 3 hari lalu. Saat ini perawat hendak mengevaluasi status kesadaran Hasil pengkajian pasien masih dapat dibangunkan dengan rangsangan yang kuat, namun kesadarannya segera menurun kembali. Reaksi terhadap perintah tidak konsisten dan samar. Gerak motorik untuk menangkis rangsang nyeri baik Apakah tingkat kesadaran pasien pada kasus di atas?
- Koma
 - Stupor
 - Somnolen
 - Semi koma
 - Composmentis

Rasional : Yang perlu diketahui mengenai tingkat kesadaran adalah:

Compos Mentis (canscinus), yaitu kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya.

Apatis, yaitu keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh."

Delirium, yaitu gelisah, disorientasi (orang,tempat, waktu), memberontak, berteriak teriak, berhalusinasi, kadang berhayal.."

Somnalen (Obtundasi, Letargi). yaitu kesadaran menurun, respon psikomotor yang lambat, mudah tertidur, namun kesadaran dapat

pulih bila dirangsang (mudah dibangunkan) tetapi jatuh tertidur lagi, mampu memberi jawaban verbal

Stupor (soporo koma), yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri.

Coma(comatose), yaitu tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun (tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin juga tidak ada respon pupil terhadap cahaya).

Pembahasan: C

14. Seorang perempuan berusia 40 tahun dirawat di ruang interna dengan keluhan bengkak pada seluruh tubuh sejak 1 minggu sebelum masuk RS. Pengkajian fisik ditemukan RR: 28 x/menit, TD 130/90 mmHg, edema palpebra, edema tibia dan ascites. Hasil pemeriksaan diagnostik didapatkan Leukosit 12.500/ul; Albumin serum 2,1 mg/dl, BUN (blood urea nitrogen) 146 mg/dl; Kreatinin 2,5 mg/dl. Apa tindakan kolaboratif yang akan diberikan pasien tersebut?
- Diet rendah protein
 - Beri infus albumin

- c. Diet rendah garam
- d. Beri antibiotic
- e. Beri diuretic

Rasional : Klien dengan keadaan edema dianjurkan untuk penggunaan **diuretic** jika pembatasan diet Natrium saja tidak cukup untuk mengurangi edema dengan mencegah reabsorpsi. Natrium dan air oleh ginjal. Pilihan diuretik didasarkan pada keparahan keadaan hipervolemia, tingkat kerusakan fungsi renal, dan kepatenan diuretik. Umumnya, diuretik golongan tiazid diresepkan untuk hipervolemia ringan sampai sedang, diuretik loop untuk hipervolemia berat.

Pembahasan: E

15. Seorang laki-laki umur 55 tahun akan mendapatkan tindakan kolonoskopi. Perawat sedang menjelaskan mengenai prosedur kolonoskopi. Posisi apa yang tepat saat Tindakan berlangsung?
- a. Posisi sim kiri
 - b. Posisi litotomi
 - c. Posisi sim kanan
 - d. Posisi knee-chest
 - e. Posisi dorsal recumbent

Rasional : Kolonoscopy adalah prosedur yang memungkinkan pemeriksa (biasanya seorang gastroenterologist) untuk mengevaluasi bagian dalam kolon (usus besar). Posisi yang tepat dalam pemeriksaan ini adalah sim kiri

Pembahasan: A

16. Seorang perempuan berusia 46 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis Angina Pectoris. Keadaan klien tidak Stabil. Hasil pengkajian didapatkan data pasien mengeluh nyeri dada, TD: 130/90 mmHg, N: 92 kali/menit, RR. 20 kali/menit, suhu afebris. Pasien direncanakan diberikan obat isosorbid dinitrat table secara oral. Apa penjelasan perawat yang paling tepat tentang cara meminum obat tersebut?
- a. Minum obat sebelum makan
 - b. Letakkan obat di bawah lidah
 - c. Minum obat tanpa dikunyah terlebih dahulu
 - d. Obat diminum dengan cara dihisap hisap di atas lidah
 - e. Obat diminum dengan air susu untuk mengurangi iritasi lambung

Rasional : Isosorbid dinitrat (ISDN) adalah suatu obat golongan nitrat yang digunakan secara farmakologis sebagai vasodilator (pelebar pembuluh darah), khususnya pada kondisi angina pectoris, juga pada CHF (*Congestive Heart Failure*), yakni kondisi Ketika jantung tidak mampu memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Isosorbid dinitrat lebih bermanfaat untuk tujuan pencegahan serangan angina. Cara meminum obat ini adalah dengan **menelan seluruh obat langsung**. Jangan menggerus atau mengunyah kapsul. Hal ini dapat mengeluarkan seluruh obat dan dapat meningkatkan risiko efek samping.

Pembahasan: C

17. Seorang perempuan berumur 38 tahun dirawat di ruangan bedah dengan keluhan: patah tulang paha bagian kanan dan tampak terpasang gips. Saat pengkajian ditemukan nyeri tekan sekitar gips, pasien post operasi hari ke-2 ORIF (Open Reduction Internal Fixation), edema pada tungkai yang di gips dan merasa kesemutan, Capiler Rehil Time >3 detik, terpasang drain dengan volume 25 cc/24 jam tekanan darah 110/70mmHg. Nadi. 72 x/menit, S. 37°C, RR: 26 x/menit. Apakah intervensi prioritas yang dilakukan pada pasien di atas?
- a. Lakukan massage

- b. Amati dan catat cairan pada drain
- c. Observasi intensitas dan durasi nyeri
- d. Kaji tanda-tanda sindrom kompartemen
- e. Tinggikan ekstremitas yang telah dilakukan operasi

Rasional : Klien dengan pemasangan gips perlu dipantau adanya tanda sindrom kompartemen. Gejala klinis yang terjadi pada syndrome kompartemen dikenal dengan 5 P yaitu:

Pain (nyeri): nyeri yang hebat saat peregangannya pasif pada otot-otot yang terkena, ketika ada trauma langsung. Nyeri merupakan gejala dini yang paling penting. Terutama jika munculnya nyeri tidak sebanding dengan keadaan klinik (pada anak-anak tampak semakin gelisah atau memerlukan analgesia lebih banyak dari biasanya). Otot yang tegang pada kompartemen merupakan gejala yang spesifik dan sering.

Pallor (pucat), diakibatkan oleh menurunnya perfusi ke daerah tersebut.

Pulselessness (berkurang atau hilangnya denyut nadi)

Parestesia (rasa kesemutan)

Paralysis: Merupakan tanda lambat akibat menurunnya sensasi saraf yang berlanjut dengan hilangnya fungsi bagian yang terkena kompartemen sindrom.

Pembahasan: D

18. Seorang laki laki berusia 29 tahun dirawat di ruangan bedah dengan post operasi hari ke 3 amputasi akibat fraktur segmental pada hbia fibula distal dextra. Saat pengkajian ditemukan nyeri pada area bekas operasi, luka tampak masih basah, pasien lebih banyak diam dan tidak berespon dengan perawat, kadang pasien menangis dan tidak mau melihat kakinya. Apakah masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Gangguan komunikasi verbal
 - b. Berduka disfungsi
 - c. Gangguan citra tubuh
 - d. Kecemasan
 - e. Nyeri akut

Rasional : Klien dengan kondisi kehilangan salah satu anggota tubuhnya akan mengalami respon penolakan. Hal ini wajar dialami penderita seperti pada kasus. Dukungan keluarga dan perawat sangat dibutuhkan oleh klien. Gangguan yang dialami klien adalah gangguan citra tubuh.

Pembahasan: C

19. Seorang laki-laki berusia 45 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan HIV/AIDS. Pasien mengeluh batuk berdarah sejak sebulan lalu. Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh perawat yaitu RR: 26 x/menit, N: 86 x/menit, TD: 140/80 mmHg. Saat ini pasien mendapat terapi ARV. Apakah manfaat pengobatan pada pasien tersebut?
- a. Menghambat pertumbuhan virus HIV
 - b. Meningkatkan kualitas hidup pasien
 - c. Meningkatkan status imunologik
 - d. Menyembuhkan HIV/AIDS
 - e. Menekan angka kematian

Rasional : ARV (Anti Retroviral) berfungsi menghambat perkembangan Virus HIV dengan terapi ARV maka jumlah virus HIV di dalam tubuh akan menurun dengan cepat dan pada umumnya tidak terdeteksi lagi di dalam darah setelah pemakaian 6 bulan dan akan berlanjut hingga seumur hidup, bila dihentikan maka virus HIV akan makin meningkat jumlahnya. Jika jumlah virus menurun maka kekebalan tubuh (CD4) akan meningkat. Terapi ARV dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA dan memperpanjang masa hidup ODHA.

Manfaat ARV antara lain:

- Memulihkan dan memelihara fungsi kekebalan tubuh
- Meningkatkan jumlah CD4 dalam tubuh

- Membuat tubuh menjadi mampu melawan infeksi
- Mengurangi terjadinya infeksi oportunistik
- Menghentikan progresifitas atau perjalanan HIV
- Menurunkan morbiditas (angka kesakitan) dan mortalitas (angka kematian) infeksi HIV
- Mencegah atau mengurangi resiko-penularan vertical dari ibu ke bayi
- Mencegah atau mengurangi resiko penularan horizontal (dari orang ke orang lainnya)

Pembahasan: C

20. Seorang perempuan berumur 45 tahun dirawat di ruang interna. Klien menderita trauma tulang belakang. Perawat memutuskan untuk melakukan monitor tanda-tanda disrefleksia otonomi. Apakah tanda yang mengindikasikan terjadinya komplikasi?

- a. Sakit kepala yang parah dan berdenyut
- b. Hipotensi yang parah dan tiba-tiba
- c. Takikardia mendadak
- d. Pucat pada wajah
- e. Nyeri

Rasional : Klien dengan trauma tulang belakang di atas torakal 7 mempunyai resiko disrefleksia autonom. Ditandai dengan **nyeri kepala yang parah dan berdenyut**, wajah dan leher kemerahan, bradikardi dan hipertensi secara tiba-tiba. Tanda-tanda lain adalah hidung yang tersumbat, pandangan kabur, mual dan berkeringat. Gejala yang mengancam jiwa dipicu oleh stimulus bagian bawah area yang cedera. Fokus pada subjek 'disrefleksia autonom. Ingat bahwa akibat dari respons yang berlebihan pada system saraf otonom sebagai stimulus yang menyakitkan Respons massif system saraf simpatis menyebabkan hipertensi berat. Hal ini akan menimbulkan sakit kepala berdenyut dan menyebabkan kemerahan pada wajah dan leher. Baroreseptor mendeteksi hipertensi yang tiba-tiba, menyebabkan reflex bradikardi. Ingat perubahan nadi dan tekanan darah yang terjadi dengan disrefleksia autonom merupakan kebalikan dari yang akan terjadi dengan shock hipovolemia

Pembahasan: A

21. Seorang laki-laki berumur 29 tahun dirawat di RS dengan fraktur multiple pada kaki kanan. Kaki kanan pasien nampak terpasang gips. Perawat akan melakukan tindakan terhadap pasien. Manakah posisi kaki yang tepat saat melakukan intervensi?

- a. Meninggikan kaki selama 3 jam dan meletakkan dalam posisi datar selama satu jam
- b. Mempertahankan kaki selama 3 jam dan meninggikan kaki selama 1 jam
- c. Meninggikan kaki dengan bantal secara kontinyu selama 24-48 jam
- d. Meninggikan kaki selama perawatan di ruangan
- e. Mempertahankan kaki pada posisi datar

Rasional : Pemasangan gips dan meninggikan ekstremitas secara kontinyu selama 24-48 jam pertama dapat meminimalkan pembengkakan dan meningkatkan arus balik vena. Untuk itu pilihan yang lain dianggap salah selain C. Fokus pada intervensi yang tepat, ingat bahwa edema terjadi setelah fraktur dan dapat menjadi lebih parah dengan pemasangan gips jika kaki tidak ditinggikan. Untuk itu pilihan B dan E sebanding dalam memposisikan kaki dalam posisi datar. Pilihan jawaban tersebut dapat dieliminasi terlebih dahulu. Tidak ada manfaatnya menggunakan acuan waktu pada pilihan jawaban untuk meninggikan kemudian memposisikan datar. Pilihan D tidak tepat karena terlalu lama kaki dalam posisi tinggi, maka aliran darah ke kaki berkurang.

Pembahasan: C

22. Seorang perempuan berumur 42 tahun dirawat di rumah sakit pusat kanker. Pasien menderita kanker ovarium stadium II dan diberikan pengobatan vinkristin (vincasar). Saat ini perawat sedang memonitor kondisi klien. Manakah efek yang berlawanan spesifik terhadap pengobatan ini?

- a. Diare.

- b. Nyeri dada.
- c. Rambut rontok.
- d. Mual dan muntah.
- e. Baal pada ekstremitas.

Rasional : Efek berlawanan yang spesifik terhadap vinkristin merupakan neuropati perifer. Neuropati perifer dapat ditandai dengan rasa baal dan kesemutan pada jari. Penurunan reflex tendon Achilles merupakan gejala awal munculnya neuropati perifer. Konstipasi dan diare biasa terjadi dalam pengobatan ini. Kerontokan rambut selalu terjadi pada pengobatan antineoplastik, sementara nyeri dada tidak ada hubungannya dengan pengobatan ini. Fokus pada 'efek yang berlawanan' pada pengobatan vinkristin, eliminasi pilihan jawaban A dan C terlebih dahulu karena obat ini berhubungan dengan banyak obat antineoplastic. Catat baik bahwa pertanyaan mengarahkan anda untuk memilih efek yang berlawanan dengan pengobatan.

Pembahasan: E

23. Seorang laki-laki umur 57 tahun dirawat di RS karena kehilangan kesadaran mendadak. Pasien tidak berespon dalam membuka mata, respon suara mengerang dan respon motorik tidak ada. Berapakah nilai GCS pasien tersebut?

- a. 7
- b. 6
- c. 5
- d. 4
- e. 3

Rasional : GCS (Glasgow Coma Scale) yaitu skala yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pasien Dengan melihat respon pasien terhadap rangsangan yang diberikan. Respon pasien yang perlu diperhatikan mencakup 3 hal yaitu reaksi membuka mata (Eye), bicara (Verbal) dan gerakan (Motorik). Hasil pemeriksaan dinyatakan dalam derajat (score) dengan rentang angka 1-6 tergantung responnya.

Tabel pemeriksaan GCS pada orang Dewasa :

Eye (respon membuka mata)	Verbal (respon verbal)	Motorik (Gerakan)
(4): spontan	(5): orientasi baik	(6): mengikuti perintah
(3): dengan rangsang suara (suruh pasien membuka mata)	(4): bingung, berbicara kacau (sering bertanya beru lang), disorientasi tempat dan waktu.	(5): melokalisasi nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri)
(2): dengan rangsangan nyeri (berikan rangsangan nyeri, misalnya menekan kuku jari)	(3): kata kata tidak jelas	(4): withdraws (menghindar/menarik ekstremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri)
(1): tidak ada respon	(2): suara tanpa arti (mengerang)	(3): flexi abnormal (tangan satu atau kedua posisi kaku diatas dada & kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri).
	(1): tidak ada respon	(2): ekstensi abnormal (tangan satu atau keduanya ekstensi di sisi tubuh, dengan jari mengepal & kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri).

Pembahasan: D

24. Seorang perempuan berumur 39 tahun dirawat di ruang isolasi sebuah rumah sakit. Hasil pemeriksaan ditemukan bahwa pasien memiliki riwayat HIV/AIDS. Saat ini pasien mengalami sarcoma kaposi pada kulit. Berdasarkan data yang ada, perawat melakukan observasi lanjut pada klien. Manakah data yang mengindikasikan sarcoma kaposi?

- a. Pembengkakan area genital
- b. Biopsy tekan pada luka di kulit
- c. Pembengkakan pada ekstremitas bawah
- d. Adanya warna merah kebiruan pada kulit

e. Warna kemerahan dan bengkak pada kulit

Rasional : Lesi sarcoma Kaposi diawali dengan munculnya mokula berwarna merah keunguan pada tungkai bawah yang berubah menjadi plak. Plak yang semakin membesar ini akan menjadi ulkus terbuka dan berair. Lesi ini bermetastasis dari bagian atas kepala, wajah, hingga mukosa mulut. Selanjutnya akan menjalar ke system limfatik paru dan system pencernaan. Lebih lanjut lagi akan mengakibatkan pembengkakan dan nyeri pada ektrimitas bawah, penis, serotum atau wajah. Untuk mengetahui tanda dan gejala pada klien dapat dilakukan melalui biopsy tekan pada lesi kulit dan biopsy paru dan gastrointestinal. Tetaplah perhatikan dan Fokus pada pertanyaan 'data'. Pertanyaan dalam soal ini mengacu pada bagaimana kita mengenal tanda-tanda sarcoma Kaposi. Pilihan A dan C merupakan gejala lanjutan dari penyakit ini sehingga anda dapat mengeliminasi terlebih dahulu.

Pembahasan: B

25. Seorang laki-laki berumur 52 tahun, dirawat di ruang bedah syaraf akibat cedera pada spinal. Saat ini kesadaran composmentis, pasien mengalami plegia pada kedua extremitas bawah dan inkontinensia alvi dan urine. Apa tindakan prioritas untuk mencegah timbulnya komplikasi pada pasien tersebut?

- a. Memasang diapers
- b. Memasang safety bed
- c. Melakukan ROM Pasif
- d. Program miring kanan/kiri.
- e. Masase punggung tiap dua jam

Rasional : Klien dengan cedera spinal dengan mengalami plegia (kekuatan otot yang hilang sama sekali pada bagian tubuh) akan kehilangan kontrol dalam proses eliminasi feses dan urine. Maka tindakan yang tepat saat kondisi klien seperti ini adalah **pemasangan diapers**. Fokus pada pertanyaan 'prioritas'. Ingatlah bahwa Klien mengalami inkontinensia alvi dan urine, sehingga eliminasi feses dan urine tak bisa dikontrol oleh klien. Pilihan jawaban selain A merupakan tindakan yang tidak prioritas pada pasien dengan kondisi ini.

Pembahasan: A

26. Seorang laki-laki berumur 21 tahun masuk Rumah Sakit dengan combustio akibat kebakaran di area perumahan tempat tinggalnya. Pasien mengalami luka bakar pada dada dan perut depan dan paha kiri atas, serta alat kelamin. Berapa persen luas luka bakar pada kasus tersebut?

- a. 22,5%
- b. 23,5%
- c. 36.5%
- d. 40.5%
- e. 45.0%

Rasional : dada 9% + perut depan 9% + paha kanan atas 4.5% + kelamin 1% = 23,5%

Pembahasan: B

27. Seorang laki-laki berumur 54 tahun dengan diagnose non hemoragic stroke dirawat di ruang interna. Saat ini perawat melakukan pengkajian dan didapatkan bahwa pasien mengalami afasia. Manakah bagian otak yang mengalami kerusakan?

- a. Hypotalamus
- b. Lobus frontal
- c. Lobus parietal
- d. Lobus occipital
- e. Lobus temporal

Rasional : Lobus temporal merupakan bagian yang berhubungan dengan area pendengaran. Jika area ini mengalami kerusakan dominan pada hemisphere, klien dapat mengeluarkan kata kata tapi sulit untuk dimengerti. Kerusakan pada lobus parietal ditandai dengan gangguan orientasi terhadap lingkungan. Ketika kerusakan terjadi pada occipital akan mempengaruhi penglihatan. lobus Klien dapat melihat objek tapi tidak bisa mengidentifikasinya. Labus frontal untuk penyimpanan memori dan hypothalamus berperan dalam pengaturan suhu.

Pembahasan: E

28. Seorang laki-laki berumur 23 tahun sedang menjalani pemulihan dari cedera kepala tertutup dengan gejala yang dialami saat ini adalah gelisah dan agitasi. Pasien harus mendapatkan tindakan pemasangan kateter vena sentral untuk pemberian antibiotik. Saat melakukan tindakan, pasien tidak bisa tenang dan tampak gelisah. Metode apa yang seharusnya dilakukan?
- Melakukan restrain dengan lembut pada kedua pergelangan tangan
 - Rompi restrain
 - Berusaha untuk memasang kateter
 - Melakukan restrain pada seluruh ekstremitas
 - Menggunakan sarung tangan restrain pada kedua tangan

Rasional : Membatasi pergerakan klien dapat untuknya menyebabkan terjadi cedera itu penggunaan sarung tangan restrain merupakan pilihan yang tepat karena dapat membantu dalam pemasangan kateter vena sentral, selain aman, sarung tangan restrain mampu meminimalisir resiko cedera.

Pembahasan: E

29. Seorang laki-laki berusia 45 tahun dirawat di ruang perawatan ICU, 5 jam yang lalu pasien telah mendapatkan tindakan pemasangan Angioplasti Koroner Transluminal Perkutan (PTCA). Pada saat dilakukan prosedur tersebut dokter memberikan heparin dan nitroglicerine, Perawat sedang melakukan pemantauan perkembangan pasien. Apa yang harus diobservasi untuk memantau resiko dari prosedur tersebut?
- Frekuensi pernafasan
 - Luka bekas tusukan kesadaran
 - Mual dan muntah
 - Suhu tubuh
 - Tingkat Kesadaran

Rasional : PICA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) atau dikenal juga dengan sebutan PCI (Percutaneous Coronary Intervention) adalah tindakan invasif yang sangat minim dengan melakukan pelebaran dari pembuluh darah koroner yang menyempit dengan balon dan dilanjutkan dengan pemasangan stent (gorong-gorong) agar pembuluh darah tersebut tetap terbuka. Sesuai dengan namanya, tindakan dilakukan dengan hanya insisi kulit (Percutaneous) yang kecil, kemudian dimasukkan kateter ke dalam pembuluh darah (Transluminal) sampai ke pembuluh koroner, dan dilakukan tindakan intervensi dengan inflasi balon dan pemasangan stent (Coronary Angioplasty). Setelah tindakan ini dilakukan, perawat melakukan evaluasi hasil tindakan terutama bekas tusukan pada pangkal paha atau pergelangan tangan apakah mengalami perdarahan atau tidak. Kemudian periksa apakah ada reaksi alergi dan tanda-tanda vital lainnya. **Pembahasan: B**

30. Seorang perempuan berumur 20 tahun dirawat di ruang interna dengan kondisi luka bakar di seluruh bagian punggung, dan kedua kaki bagian belakang dengan luas luka bakar 36% Pasien mendapat terapi cairan intravena sebanyak 4320 cc dalam 8 jam pertama. Infuse yang digunakan adalah infuse makro Berapa tetes infus harus diberikan ?
- 40 tetes/menit
 - 60 tetes/menit
 - 122 tetes/menit
 - 180 tetes/menit

e. 200 tetes/menit

Rasional :

Rasional : Berikut cara mudah untuk menghitung tetesan infus per menit (TPM) secara sederhana yang di rumuskan oleh Puruhito adalah:

$$\text{TPM (makro)} = \frac{\text{jumlah cairan (ml)} \times 20}{(\text{Waktu (jam)} \times 60)}$$

$$\text{TPM (mikro)} = \frac{\text{jumlah cairan (ml)} \times 60}{(\text{Waktu (jam)} \times 60)}$$

Jawaban dari menggunakan perhitungannya pada kasus rumus soal pertama yaitu Berikut TPM (makro) $\frac{(4320 \times 20)}{(8 \times 60)} = 180 \text{ tpm}$

Pembahasan: D

31. Seorang laki-laki umur 41 tahun, dirawat di RS dengan diagnosa meningitis hari ke S dengan GCS: 5, TTV stabil dalam batas normal. Saat ini akan dilakukan perawatan personal hygiene dengan memandikan klien di tempat tidur. Sebelum melakukan tindakan, perawat melakukan komunikasi terlebih dahulu. Apakah faktor penting yang harus dilakukan perawat dalam etika pelaksanaan asuhan?
- a. Salam pembuka dan menjelaskan Tindakan infeksi yang akan dilakukan
 - b. Inform concern yang disetujui oleh keluarga klien
 - c. Melakukan tindakan sesuai dengan SOP
 - d. Menjaga privacy klien
 - e. Memasang sampiran

Rasional : Faktor yang paling penting dalam melakukan tindakan keperawatan khususnya personal hygiene memandikan pasien adalah tetap menjaga privacy klien selama tindakan berlangsung dengan cara menutup sampiran tempat tidur dan hanya membuka daerah yang diperlukan. Selain telah diatur dalam Undang undang keperawatan, ini juga berguna untuk kenyamanan klien dan keluarga selama tindakan.

Pembahasan: D

32. Seorang laki-laki umur 47 tahun dirawat di ruangan bedah dengan keluhan fraktur femur sinistra. Saat pengkajian ditemukan luka post Operasi hari ke-7, kebutuhan mandi, BAB dan BAK dibantu oleh perawat dan keluarga, pergerakan terbatas, hampir semua kebutuhan dibantu oleh perawat dan keluarga. Pasien takut duduk karena terasa sakit, TD: 130/80 mmHg, N: 86 x/mnt, RR. 24 x/mnt, S: 37,50, PLT: 352 x 10⁹. Apakah Diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Hambatan mobilitas fisik
 - b. Defisit perawatan diri
 - c. Resiko infeksi
 - d. Hipertermia
 - e. Kecemasan

Rasional : Memasuki hari ke 7 perawatan, sebaiknya pasien sudah melakukan gerakan kecil seperti duduk. Jika pasien tidak melakukan hal ini maka resiko dekubitus akan sangat tinggi. Hal ini baiknya segera ditangani mengenai hambatan pasien dalam melakukan gerakan, bisa berupa motivasi atau berupa bantuan untuk duduk.

Pembahasan: A

33. Seorang laki-laki berumur 29 tahun dirawat di ruang bedah dengan kondisi fraktur tibia fibula kiri-kanan. Saat pengkajian ditemukan: luka post debridement tungkai bawah, skala nyeri 4, kekuatan otot tungkai bawah kiri-kanan 2, belum BAB sejak 3 hari yang lalu, eliminasi dan

berpakaian dibantu perawat dan keluarga, pergerakan pasien masih terbatas, TD: 110/80 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 80 x/menit, S: 36 C. Apakah diagnosis keperawatan prioritas pada kasus tersebut?

- a. Konstipasi
- b. Nyeri akut
- c. Defisit perawatan diri
- d. Hambatan mobilitas fisik
- e. Kerusakan integritas kulit

Rasional : Hal prioritas yang tampak pada gejala yang ditunjukkan pasien adalah 3 hari tidak BAB, hal ini menjadi prioritas karena melihat tanda-tanda vital pasien dalam rentang normal mulai dari skala nyeri yang terbilang masuk kategori ringan, frekuensi nafas dan suhu tubuh tampak normal, serta tidak ada tanda-tanda infeksi pada pasien. Kesulitan BAB ini dapat mengakibatkan ketidaknyamanan pasien, terutama daerah abdomen.

Pembahasan: A

34. Seorang laki-laki umur 27 tahun dirawat di Ruang Bedah dengan diagnosa Fraktur Terbuka 1/3 distal pada Femur Dextra. Pada pengkajian TD: 90/60 mmHg, N: 102 x/menit, S: 37,8°C, RR: 32 x/menit. Nyeri tekan pada area luka, perdarahan masif, tampak luka robek dan penonjolan tulang, urine kurang dari 2 cc/kg BB/jam, meringis, mengeluh tidak mampu menggerakkan tungkainya. Apakah masalah keperawatan utama pasien?

- a. Ketidakseimbangan volume cairan
- b. Perubahan pola eliminasi urin
- c. Hambatan Mobilitas fisik
- d. Risiko infeksi
- e. Nyeri Akut

Rasional : Menurunnya tekanan darah serta perdarahan masif merupakan kata kunci dalam menyelesaikan soal seperti ini, kedua tanda ini menunjukkan bahwa pasien mengalami ketidakseimbangan volume cairan. Gejala lain yang menunjukkan bahwa pasien mengalami ketidakseimbangan volume cairan adalah volume urine yang kurang dari 2 cc/ KgBB/jam.

Pembahasan: A

35. Seorang laki-laki berusia 41 tahun dirawat di ruangan bedah dengan keluhan: fraktur femur sinistra. Pada pengkajian ditemukan nyeri: tekan sekitar gips, pasien post operasi hari ke-3 ORIF (Open Reduction Internal fixation), edema pada tungkai yang terpasang gips dan merasa kesemutan, Capiler Refill Time > 3 detik, terpasang drain dengan volume: 25 cc/24 jam, TD: 130/80 mmHg, N: 84 x/menit. S: 37°C, RR: 26 x/menit. Apakah intervensi prioritas yang dilakukan pada pasien diatas?

- a. Tinggikan ekstremitas yang telah dilakukan operasi
- b. Kaji Tanda-tanda adanya syndrome kompartemen
- c. Lakukan massage untuk mengurangi nyeri
- d. Observasi intensitas dan durasi nyeri
- e. Amati dan catat cairan pada drain

Rasional : Pasien fraktur dan terpasang gips merupakan salah satu penyebab terjadinya syndrome kompartemen. Klien mengalami kesemutan merupakan indikasi terjadinya syndrome kompartemen. Untuk itu perawat harus mengkaji lebih lanjut mengenai tanda dan gejala yang dialami pasien. Berikut tanda dan gejala syndrome kompartemen: Gejala klinis yang terjadi pada syndrome kompartemen dikenal dengan 5 P yaitu:

- Pain (nyeri) nyeri yang hebat saat peregangan pasif pada otot-otot yang terkena, ketika ada trauma langsung. Nyeri merupakan gejala dini yang paling penting. Terutama jika munculnya nyeri tidak sebanding dengan keadaan klinik (pada anak-anak tampak semakin gelisah atau memerlukan

analgesia lebih banyak. dari biasanya). Otot yang tegang pada kompartemen merupakan gejala yang spesifik dan sering

- Pallor (pucat), diakibatkan oleh menurunnya perfusi ke daerah tersebut.
- Pulselessness (berkurang atau hilangnya denyut nadi)
- Parestesia (rasa kesemutan)
- Paralysis: Merupakan tanda lambat akibat menurunnya sensasi saraf yang berlanjut dengan hilangnya fungsi bagian yang terkena kompartemen sindrom.

Pembahasan: B

36. Seorang laki-laki berusia 21 tahun dirawat di ruangan bedah dengan keluhan nyeri pada tungkang menjalar ke kaki dengan skala 7. Hasil pengkajian ditemukan kaki kiri kebas. gerakan tungkang terbatas, kekuatan otot 2 pada kaki kiri, akrotas dibantu oleh keluarga. TD: 110/80 mmHg, N: 84x/menit, RR. 24x/ menit, S: 37°C, hasil radiologi Hernia Nucleus Pulposus. Apakah masalah keperawatan utama yang muncul?

- a. Nyeri akut
- b. Kecemasan
- c. Risiko cedera fisik
- d. Intoleransi aktivitas
- e. Hambatan mobilitas fisik

Rasional : Masalah keperawatan utama yang muncul dapat dilihat dari keluhan yang dialami pasien yaitu nyeri. Hal ini juga didukung skala nyeri pasien yang mencapai angka 7 yang berarti masuk kategori berat. Masalah ini harus segera ditangani untuk kenyamanan dari pasien tersebut.

Pembahasan: A

37. Seorang perempuan berusia 25 tahun dirawat di ruangan bedah dengan kesadaran menurun GCS 12. Saat pemeriksaan fisik ditemukan luka robek pada temporo-parietal sinistra 3 cm, edema, agitasi, perdarahan massif (-). TD 140/90 mmHg. N: 72 x/menit, RR. 28 x/ menit, S 37°C Pasien muntah 3 kali. Hasil CT-Scan perdarahan 130 cc pada lobus temporo-parietal sinistra. Apakah masalah keperawatan pada pasien tersebut?

- a. Kerusakan perfusi serebral
- b. Kerusakan integritas kulit
- c. Risiko Peningkatan TIK
- d. Gangguan cairan
- e. Risiko infeksi

Rasional : Pasien dalam kasus ini mengalami luka pada daerah kepala yang mana hal ini erat kaitannya dengan cedera kepala. Perawat hendaknya mengambil langkah antisipatif jika tekanan intrakranial (TIK) meningkat dimana dalam kasus tersebut, kesadaran pasien nampak menurun yang merupakan salah satu gejala dari peningkatan TIK. Hal yang perlu diketahui oleh perawat mengenai gejala peningkatan TIK adalah sebagai berikut: Pemburukan derajat kesadaran Gejala ini tak selalu memperburuknya umum bagian otak, tetapi merupakan peringkat sensitif dan dapat dipercaya untuk mengenali adanya kemungkinan memburukkan kondisi neurologik. Oleh karena itu gejala awal dari penurunan derajat kesadaran adalah somnolen, delirium dan letargi. Penderita menjadi disorientasi, mula-mula terhadap waktu, lalu tempat, dan akhirnya dalam hal mengenali seseorang. Dengan semakin meningkatnya TIK, derajat kesadaran semakin rendah, dimana rangsang nyeri mulai memberi reaksi adekuat, hingga akhirnya komplikasi.

Pembahasan: C

38. Seorang laki-laki berusia 44 tahun, dirawat di ruang perawatan interna mengeluh sesak dan batuk berlendir pada malam hari. Hasil Pengkajian didapatkan pernafasan 24 x/ menit, terdengar ronchi pada paru kiri dan kanan, produksi sputum banyak, pasien sering terbangun

pada malam hari karena batuknya. Pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, nampak pucat dan kelelahan. Apakah masalah keperawatan yang utama pada kasus di atas?

- a. Keletihan
- b. Gangguan pola tidur
- c. Gangguan pertukaran gas
- d. Kendakefekkian.bersihan jalan napas
- e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Rasional : Masalah keperawatan utama yang nampak jelas pada kasus ini adalah ketidak efektifan bersihan jalan nafas. Hal ini dapat dilihat dari gejala yang tampak pada pasien yaitu mulai dari pernafasan yang tidak normal yaitu 24 x/menit, suara ronchi parlu kedua paru, dan produksi sputum yang banyak merupakan kata kunci yang bisa digunakan untuk memilih pilihan C.

Pembahasan: C

39. Seorang laki-laki berusia 34 tahun berkunjung ke poliklinik saraf dengan keluhan kaku pada daerah bahu Perawat kemudian melakukan pemeriksaan fungsi saraf cranial dengan menekan pundak pasien, kemudian diminta untuk mengangkat pundaknya. Selanjutnya Pasien diminta menoleh ke kanan dan kiri. leher perawat ditahan oleh pemeriksa, kemudian meraba tonus sternokleidomastoideus dari musculus Nervus. apakah yang dilakukan pemeriksaan pada kasus di atas?

- a. Nervus vagus
- b. Nervus optikus
- c. Nervus aksesorius
- d. Nervus koklearis
- e. Nervus hipoglossus

Rasional : Pemeriksaan yang dilakukan oleh perawat yaitu pada nervus aksesorius. Saraf aksesorius merupakan saraf yang rentan karena lokasinya yang berada di atas segitiga posterior. Cedera pada saraf aksesorius mengakibatkan paralisis dari otot trapezius (tapi tidak berpengaruh terhadap otot sternocleidomastoid) dan menyebabkan terganggunya gerakan abduksi. bahu di atas 30 yang melibatkan rotasi skapula. Saraf aksesorius dapat terganggu. saat dilakukan diseksi leher dikarenakan keganasan, bisa juga saat, sedang dilakukan biopsi dari pembesaran limfe nodus di sekitar daerah segitiga posterior.

Pembahasan: C

40. Seorang perempuan umur 30 tahun dirawat di RS dengan keluhan utama sesak, keluhan yang menyertai cepat lelah, tidak bisa bangun dari tempat tidur, batuk berlendir, mual, dan nafsu makan menurun. Pada pemeriksaan didapatkan suhu 37,4°C, N: 92 x/menit, TD 150/100 mmHg, RR: 24 x/menit. Apakah masalah utama kasus tersebut?

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif
- b. Ketidakseimbangan nutrisi
- c. Gangguan pola nafas
- d. Intoleransi aktivitas
- e. Hipertermi

Rasional : Masalah utama dalam kasus in dapat ditemukan dari kata kunci yang ada pada kasus tersebut yaitu batuk berlendir dan RR:24 x/ menit, ini menandakan bahwa kebutuhan oksigenasi pasien tidak terpenuhi dengan baik karena adanya sekret yang menumpuk pada saluran pernafasan, sehingga bisa kita tarik kesimpulan bahwa masalah utama pasien adalah bersihan jalan nafas tidak efektif.

Pembahasan: A

41. Seorang laki-laki berumur 41 tahun dirawat di ruang penyakit dalam. Saat pengkajian ditemukan nyeri ekstremitas kanan bawah, skala nyeri 4, pasien sulit menggerakkan ekstremitas kanan bawah, kekuatan otot 2, terpasang back slab pada ekstremitas kanan bawah. TD: 120/80 mmHg, N: 92 x/menit, RR: 28 x/menit, S: 38,5°C, CRT < 2 detik, aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga. Apakah masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- Nyeri akut
 - Hipertermi
 - Defisit perawatan diri
 - Hambatan mobilitas fisik
 - Kerusakan integritas kulit

Rasional : Keluhan yang dirasakan pasien adalah kesulitan bergerak karena adanya nyeri pada ekstremitas kanan bawah dan terpasang back slab yang akan menghambat pasien untuk melakukan mobilisasi. Peran perawat dalam kondisi seperti ini adalah memenuhi kebutuhan ADL pasien agar terpenuhi.

Pembahasan: D

42. Seorang perempuan berusia 23 tahun dirawat di ruangan bedah dengan fraktur terbuka pada ekstremitas kiri bawah. Pada pemeriksaan fisik ditemukan edema, kemerahan, nyeri dirasakan hilang timbul dengan skala 6, terdapat back slab pada tungkai kiri bawah, rentang gerak terbatas, TD: 110/80 mmHg, N: 100 x/ menit, RR: 24 x/menit, S: 38,5°C. Ha: 10.8 gr/dl. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Nyeri akut
 - Risiko infeksi
 - Hambatan mobilitas fisik
 - Kerusakan Integritas kulit
 - Perubahan perusi jaringan

Rasional : Tidak semua keluhan klien bisa menjadi masalah keperawatan utama, seperti pada kasus ini bahwa tanda gejala yang muncul menunjukkan bahwa klien mengalami tanda-tanda infeksi yang ditandai dengan kemerahan, pada luka dan terjadi peningkatan suhu tubuh mencapai 38,5 C. Langkah selanjutnya adalah perawat hendaknya mengkaji lebih lanjut mengenai tanda-tanda infeksi seperti adanya pus di area luka.

Pembahasan: B

43. Seorang laki-laki berusia 37 tahun dirawat di ruangan bedah dengan keluhan nyeri pada tulang belakang. Pengkajian ditemukan nyeri tekan pada lumbal 3-4 dan sulit untuk menegakkan tulang belakang, skala nyeri 7, tampak fleksi pada daerah lutut dan lordosis. dan kesulitan berjalan, sulit tidur, mengeluh cemas jika dilakukan operasi. Apakah Diagnosa Keperawatan prioritas?
- Risiko kerusakan integritas kulit
 - Hambatan Mobilitas Fisik
 - Gangguan Pola tidur
 - Kecemasan
 - Nyeri akut

Rasional : Perhatikan pada bunyi soal yang menyatakan 'diagnosa prioritas', kemudian lihatlah pada deskripsi kasus yang menyatakan tingkat keparahan klien yang biasanya menjadi keluhan klien. Dalam kasus ini menunjukkan bahwa pasien mengalami nyeri skala 7 yang tergolong berat dan harus segera diberi terapi medis maupun non-medis.

Pembahasan: E

44. Seorang laki-laki berusia 56 tahun dirawat dengan keluhan fraktur tulang fibula kanan. Pada pengkajian ditemukan luka tampak edema, nyeri, pus berbau, dasar luka hitam, ada slough, pasien tampak pincang saat berjalan, TD: 110/ 90 mmHg, N: 86 x/ menit, RR: 24 x/ menit. S: 36,7°C, Hasil Rontgen : fraktur terbuka 1/3 medial fibula dextra 4 Osteomielitis. Apakah masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- Nyeri Akut
 - Infeksi kronis
 - Gangguan body image
 - Hambatan mobilitas fisik
 - Kerusakan integritas jaringan

Rasional : Osteomielitis adalah infeksi tulang yang disebabkan oleh bakteri. dua jenis osteomielitis, yaitu akut dan kronis. Untuk mengidentifikasi apakah kasus dalam soal termasuk akut atau kronis, baiknya perawat mengetahui konsep dasar dari osteomyelitis berikut:

Osteomielitis akut memiliki gejala berupa nyeri tulang, demam, serta pembengkakan dan kemerahan pada area yang terinfeksi. Biasanya nyeri tulang yang dirasakan pada kondisi ini cenderung parah. Selain gejala tersebut, osteomielitis akut bisa ditandai dengan pembengkakan kelenjar getah bening di sekitar area yang terinfeksi sehingga membatasi pergerakan tubuh. Osteomielitis akut kerap menimpa tulang panjang di daerah kaki. Selain bagian tersebut, tulang punggung dan lengan juga menjadi lokasi yang biasanya kena dampak. Osteomielitis kronis merupakan infeksi tulang yang berulang. Beberapa gejala yang bisa muncul pada kasus osteomielitis kronis adalah nyeri tulang, pembengkakan di area yang terinfeksi, tubuh terasa lelah tanpa alasan, menggigil, dan mengeluarkan keringat berlebihan, perubahan kulit, serta mengalirnya nanah dari saluran sinus dekat tulang yang terinfeksi. Munculnya nanah/pus yang berbau, tampak edema dan luka tampak hitam merupakan tanda bahwa luka telah mengalami infeksi berulang dan terlambat dibawa ke fasilitas kesehatan.

Pembahasan: B

45. Seorang perempuan berusia 68 tahun dirawat di ruangan bedah dengan keluhan dislokasi sendi panggul kanan. Pengkajian ditemukan nyeri saat menggerakkan kaki kanan, skala nyeri 4, Gerakan ekstremitas terbatas, tidak bisa berjalan meskipun menggunakan crutch. Pasien menolak operasi karena takut, TD: 140/ 90 mmHg. N: 88 kali/menit, S: 38°C, RR: 22 kali/ menit. Apakah masalah utama pasien tersebut?
- Hambatan mobilitas fisik
 - Gangguan mobilitas fisik
 - Risiko cedera
 - Kecemasan
 - Nyeri akut

Rasional : Masalah utama dalam kasus ini adalah adanya gangguan mobilitas fisik yang dikarenakan adanya dislokasi sendi panggul kanan. Jawaban yang paling tepat adalah B, pilihan A nampak sama namun anda harus mampu membedakan antara gangguan mobilitas dan hambatan mobilitas, Hambatan mobilitas dapat anda kenali dengan adanya alat yang terpasang pada tubuh pasien sehingga mengganggu pasien dalam melakukan aktivitas, sementara gangguan mobilitas fisik yaitu ditandai adanya kerusakan pada organ tubuh pasien yang mengakibatkan mobilisasi terganggu.

Pembahasan: B

46. Seorang perempuan berusia 43 tahun dirawat di ruang penyakit dalam. Perawat sedang melakukan pengkajian kulit dan menemukan luka pada daerah medial pada kaki bagian bawahnya. Ujung luka irreguler dan berwarna hitam dan coklat. Luka tersebut kadang kadang terasa gatal dan berdarah beberapa minggu yang lalu. Dia juga memiliki riwayat sunburn. Penyakit apa yang diderita pasien dilihat dari tanda dan gejalanya?
- Karsinoma sel skuamosa

- b. Karsinoma sel basal
- c. Actinic keratoses
- d. Melanoma
- e. Leukimia

Rasional : Panduan pemeriksaan melanoma yaitu ABCDS. Yang terdiri dari asymmetrical shape (bentuk asimetris), bentuk tahi lalat tidak beraturan. Border (tepi), tahi lalat berbetuk tidak beraturan, berlekuk atau dengan keliling yang bergerigi. Color (warna), tahi lalat berubah warna. Diameter (garis tengah), diameter lebih dari 0.25 inci atau sekitar 6 mm. Karsinoma sel skuamosa ditandai dengan kulit bersisik, kulit merah. Kulit bersisik tersebut akan berkembang menjadi benjolan mirip kutil. Actinic keratosis ditandai dengan kulit kasar dan bersisik akibat paparan sinar matahari yang lama. Paling sering ditemukan di wajah, bibir, telinga, punggung tangan, lengan, kulit kepala dan leher. Karsinoma sel basal sering terjadi pada bagian yang terpapar matahari seperti wajah dan leher. Leukimia bukan merupakan gangguan pada kulit.

Pembahasan: D

47. Seorang perempuan berusia 34 tahun dirawat di ruang medical bedah dengan kondisi komplikasi respiratory akibat multiple sclerosis. Perawat telah melakukan assessmen awal mengenai kondisi pasien. Apa alat yang sebaiknya diletakkan dekat pasien?

- a. Spatel
- b. Stetoskop
- c. Sphygmomanometer
- d. Nasal kanul dan oksigen
- e. Mesin suction dengan kateter

Rasional : Multiple sclerosis menyebabkan kelemahan pada otot pernapasan dan kesulitan menelan, sehingga sangat berisiko terjadi aspirasi. Untuk menjaga kepatenan jalan napas, perawat harus meletakkan mesin suction dan kateter suction didekat tempat tidur klien. Spatel digunakan ketika terjadi sumbatan pada jalan napas. Nasal kanul dan oksigen tidak efektif untuk menjamin adekuatnya pemenuhan oksigen. Kondisi klien seperti ini sebaiknya menggunakan ventilator mekanik.

Pembahasan: E

48. Seorang laki-laki berusia 25 tahun dirawat di RS pasca operasi hari pertama. TD: 120/80 mmHg, RR: 22 x/menit, S. 38°C, N. 80 x/menit. Saat ini perawat sedang mengobservasi luka insisi pasien. Manakah respon inflamasi berikut yang termasuk kategori normal?

- a. Nampak pucat sekitar luka
- b. Bersih, drainase kekuningan
- c. Kemerahan dan teraba hangat
- d. Pasien mengeluh nyeri daerah sekitar luka
- e. Eksudasi kecoklatan di tepi insisi

Rasional : kemerahan dan teraba hangat merupakan tanda inflamasi normal. Drainase kuning kemungkinan mengindikasikan adanya proses infeksi. Kemerahan merupakan hal yang normal, bukan pucat, khususnya pada daerah tepi luka. Eksudasi kecoklatan merupakan manifestasi dari luka infeksi.

Pembahasan: B

49. Seorang laki-laki berumur 41 tahun dirawat di ruang interna hari pertama. Saat ini perawat sedang mencatat hasil pemeriksaan darah pasien dengan kadar Hb 10,5 g/dl. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut. Manakah diagnosa yang paling tepat untuk pasien?

- a. Pasien tinggal di dataran tinggi
- b. Riwayat pembengkakan limpa
- c. Overhidrasi
- d. Empisema

e. Dehidrasi

Rasional : Kadar Hb normal untuk pria dewasa adalah 14-16,5 g/dl. Pember-gkakan limpa dapat menyebabkan anemia (Hb rendah) pada pasien. Pilihan A dan B : Empisema dan tinggal di dataran tinggi menyebabkan produksi sel darah merah meningkat secara alami untuk kompensasi pada supply oksigen yang rendah. Pilihan C dan E: Dehidrasi bisa saja meningkatkan kadar Hb melalui hemokonsentrasi. Overhidrasi tidak mungkin menyebabkan Hb rendah

Pembahasan: B

50. Seorang perempuan berusia 58 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan terdapat luka di seluruh tungkai kaki kanan, kondisi luka basah, bernanah dan berbau, terdapat jaringan nekrotik hampir diseluruh area luka. Perawat menjelaskan kepada keluarga bahwa akan dilakukan debridement di ruang operasi besok untuk mencegah perjalanan infeksi lebih lanjut. Keluarga pasien menyetujui untuk dilakukan tindakan debridement tersebut. Berada pada grade berapa luka ulkus tersebut jika dilihat dari sistem klasifikasi Wagner?

- Derajat 1
- Derajat 2
- Derajat 3
- Derajat 4
- Derajat 5

Rasional : Jika ditemukan adanya ulkus, maka deskripsi karakteristik ulkus harus mencakup ukuran, kedalaman, tampilan ulkus, dan lokasi. Banyak klasifikasi yang digunakan untuk mendeskripsikan ulkus kaki diabetik. Klasifikasi yang biasa digunakan yaitu wagner ulcer classification system, klasifikasi ini dibuat berdasarkan ke dalam ulkus dan luasnya jaringan nekrosis. Kelemahan dari sistem klasifikasi ini adalah, sistem ini hanya mengklasifikasi ulkus berdasarkan ke dalam dan tampilan ulkus tanpa melihat adanya tanda-tanda iskemia atau infeksi. Berikut adalah grade ulkus menurut wagner: Grade Deskripsi

Grade	Deskripsi
0	Tidak terdapat luka, gejala hanya seperti nyeri a a
1	Ulkus dangkal yang mungkin span ketebalan penuh kulit atau hanya sebagian ketebalan
2	

	Ulkus melibatkan ligamen, tendon, kapsul sendi atau band dalam jaringan ikat fibrosa yang memisahkan atau mengikat bersama otot
3	Ulkus yang mendalam dan melibatkan abses (es), osteom ielitis (infeksi tulang) dan / atau sepsis bersama.
4	Ulkus termasuk gangren (pem busukan jaringan tubuh) di (sepertiga anterior kaki) kaki depan atau wilayah turnit.
5	Terdapat gangren pada seluruh tungkai kaki

Pembahasan: E

51. Seorang ibu berusia 35 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan terdapat luka di kaki kiri tepatnya di bagian tungkai, kondisi luka basah, bernanah dan berbau, terdapat jaringan nekrotik hampir di seluruh area luka. Apakah Diagnosa keperawatan yang tepat pada kasus di atas?

- Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah.
- Kerusakan integritas jaringan
- Kerusakan integritas kulit
- Kurang volume cairan

Rasional : Diagnose yang tepat pada kasus tersebut dapat dilihat dari deskripsi keadaan pasien saat dirawat dimana pasien menderita luka di bagian tungkai dengan kondisi luka basah, bernanah dan berbau, terdapat

jaringan nekrotik hampir diseluruh area luka. Tanda tanda ini seluruhnya mengarah pada kerusakan integritas kulit dan harus segera mendapat tindakan lebih lanjut.

Pembahasan: C

52. Seorang Remaja berusia 22 tahun dirawat di ruang bedah dengan keluhan nyeri pada perut kanan bawah sejak kemarin, muntah dan demam. Nyeri dirasakan terus menerus dengan skala nyeri 7, klien juga tidak ada nafsu makan. Dari hasil pemeriksaan didapatkan nyeri tekan pada titik Mc.Burney, dan tanda rovsing (4). Dokter mendiagnosa apendicitis akut dan harus segera dilaksanakan pembedahan. Apakah diagnosa keperawatan utama yang paling tepat pada kasus di atas?

- a. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- b. Resiko kurang volume cairan
- c. Gangguan rasa nyaman
- d. Hipertermi
- e. Nyeri akut

Rasional : Pada kasus menunjukkan bahwa keluhan utama pasien adalah nyeri dengan skala 7, ini menunjukkan skala berat yang seharusnya dilakukan upaya untuk menurunkan skalanyeri pasien untuk memenuhi rasa aman dan nyaman pasien.

Pembahasan: E

53. Seorang perempuan berusia 56 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan sering lapar, badan kurus, sering buang air kecil, haus, lemas, pandangan kabur, dan kebas pada ekstremitas bawah. Hasil pemeriksaan berat badan turun dari 55 kg menjadi 47 kg, kulit kering. Kadar gula darah sewaktu 310 mg/dl. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus diatas?

- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
- b. Ketidakseimbangan kebutuhan nutrisi lebih dari kebutuhan
- c. Perubahan persepsi sensori: penglihatan
- d. Perubahan persepsi sensori, perabaan
- e. Gangguan eliminasi

Rasional : Data yang tergambar pada kasus tersebut menunjukkan bahwa pasien mengalami gangguan nutrisi, hal ini dapat dilihat pada kalimat yang menandakan berat badan pasien yang menurun.

Pembahasan: A

54. Seorang laki-laki usia 20 tahun dirawat dengan keluhan diare. Klien mengatakan tangan yang dipasang infus terasa nyeri. Hasil pengkajian: infus terpasang sejak 3 hari yang lalu, tangan tampak bengkak, kemerahan dan teraba hangat. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus di atas?

- a. Melepas infus dan menggantinya di ekstremitas lain
- b. Memberikan kompres hangat pada daerah nyeri
- c. Melakukan masase pada daerah yang bengkak
- d. Membersihkan infus dengan desinfektan
- e. Kolaborasi pemberian analgetic

Rasional : Infus tidak boleh terpasang lebih dari 72 jam di satu tempat pemasangan. Jika telah mendekati waktu 72 jam, lakukan penilain dengan pertimbangan infus akan dilepas atau dipindah berdasarkan kepentingan medis pasien. Infus harus dilepas jika ada tanda tanda peradangan ataupun trombosis. Jika tidak ada tanda-tanda peradangan, infus dapat dipertahankan lebih dari 72 jam dengan pertimbangan:

- Pemasangan infus baru diperkirakan akan sulit dilakukan, atau adanya risiko yang berat pada pemasangan ulang.
- Diperkirakan infus hanya dipakai tidak lebih dari 24 jam lagi

Pembahasan: A

55. Seorang laki-laki berusia 54 tahun dirawat dengan diagnosa Gagal Jantung Kongestif. Saat dilakukan penyadapan EKG hasilnya adalah irama regular dengan jarak puncak gelombang R satu dengan R berikutnya 25 kotak kecil Berapa frekuensi denyut jantung pasien?
- a. 80 kali permenit
 - b. 75 kali permenit
 - c. 70 kali permenit
 - d. 65 kali permenit
 - e. 60 kali permenit

Rasional : Cara menentukan frekuensi (heart rate) pada gelombang EKG ini dapat dilakukan melalui tiga cara:

- Cara pertama menilai frekuensi jantung adalah menggunakan kotak besar sebagai dasar perhitungan, dimana cara ini digunakan bagi gelombang EKG biasanya reguler (teratur) dan bagi Anda yang ingin mengetahui frekwensi jantung secara cepat. Adapun rumusnya sebagai berikut: $300/\text{jumlah kotak besar antar R ke R}$.
- Cara kedua menilai frekuensi jantung adalah menggunakan kotak kecil sebagai dasar perhitungan, dimana biasanyacara ini digunakan bagi gelombang EKG reguler (teratur) dan bagi Anda yang ingin mendapatkan hasil yang akurat. Adapun rumusnya sebagai berikut: $1500/\text{jumlah kotak kecil antara R ke R}$.
- Cara ketiga menghitung frekuensi jantung adalah: dengan menggunakan gelombang EKG selama & detik, kemudian hitung jumlah DPS dan kalikan IQ. Pada kasus, disebutkan bahwa R ke R selanjutnya adalah 25 kotak kecil, sehingga kita menggunakan rumus cara kedua yaitu $1500/25 = 60 \text{ x/ menit}$.

Pembahasan: E

56. Seorang laki-laki berusia 42 tahun datang ke poli mata dengan keluhan sejak dua hari yang lalu bola mata tampak merah, kornea membengkak dan kusam, klien mengatakan pandangan kabur. Apa Jenis glukoma yang diderita pasien?
- a. Glukoma absolut
 - b. Glukoma sekunder
 - c. Glukoma kongenetal
 - d. Glukoma sudut terbuka
 - e. Glukoma sudut tertutup

Rasional : Tipe Glaukoma

- **Primary open angle glaucoma** (Glaukoma sudut terbuka) Tipe ini merupakan yang paling umum/ sering pada glaukoma dan terutama terjadi pada orang lanjut usia (di atas 50 tahun). Penyebabnya adalah peningkatan tekanan di dalam bola mata yang terjadi secara perlahan-lahan. Rata-rata tekanan normal bola mata adalah (4 sampai 16 milimeter air raksa (mmHg). Tekanan sampai 20 mmHg masih dalam batas normal. Tekanan di atas atau sama dengan 22 mmHg diperkirakan patut dicurigai menderita glaukoma dan memerlukan pemeriksaan lebih lanjut. Tekanan bola mata yang meningkat dapat membahayakan dan menghancurkan sel sel daripada syaraf/nervus opticus di mata. Begitu terjadinya kehancuran sejumlah sel-sel tersebut, suatu keadaan bintik buta (blind spot) mulai terbentuk dalam suatu lapang pandangan.
- **Angle closure glaucoma** (Glaukoma sudut tertutup) Glaukoma sudut tertutup paling sering terjadi pada orang keturunan Asia dan orang yang penglihatan jauhnya buruk, juga ada kecenderungan untuk penyakit ini diturunkan di dalam keluarga, jadi bisa saja di dalam satu keluarga anggotanya menderita penyakit ini. Pada orang dengan kecenderungan untuk menderita glaukoma sudut tertutup ini, sudutnya lebih dangkal dari rata-rata biasanya. Karena letak dari jaringan trabekular meshwork itu terletak di sudut yang terbentuk dimana kornea dan iris bertemu, makin dangkal sudut maka makin dekat pula iris terhadap jaringan trabecular meshwork. Kemampuan dari cairan mata untuk mengalir/melewati ruang antara iris dan lensa menjadi berkurang. Menyebabkan tekanan karena

cairan ini terbentuk di belakang iris, selanjutnya menjadikan sudut semakin dangkal. Jika tekanan menjadi lebih tinggi membuat iris menghalangi jaringan trabecular meshwork, maka akan memblokir aliran.. Keadaan ini bisa terjadi akut atau kronis. Pada yang akut, terjadi peningkatan yang tiba-tiba tekanan dalam bola mata dan ini dapat terjadi dalam beberapa jam serta disertai nyeri yang sangat pada mata. Mata menjadi merah, kornea membengkak dan kusam, pandangan kabur, dsb. Keadaan ini merupakan suatu keadaan yang perlu penanganan segera karena kerusakan terhadap syaraf optikus dapat terjadi dengan cepat dan menyebabkan kerusakan penglihatan yang menetap. Tidak semua penderita dengan glaukoma sudut tertutup akan mengalami gejala serangan akut. Bahkan, Sebagian dapat berkembang menjadi bentuk yang kronis. Pada keadaan ini, iris secara bertahap akan menutup aliran, sehingga tidak ada gejala yang nyata. Jika ini terjadi, maka akan terbentuk jaringan parut diantara iris dan aliran, dan tekan dalam bola mata tidak meningkat sampai terdapat jumlah jaringan parut yang banyak. Serangan akut bisa dicegah dengan memberikan pengobatan.

- **Congenital glaucoma** Bentuk ini adalah bentuk yang jarang terjadi, yang disebabkan oleh sistem pengaliran cairan mata yang abnormal. Ini bisa terjadi pada waktu lahir atau berkembang di kemudian hari. Para orang tua bisa mengetahui jika anaknya menderita kelainan ini dengan cara memperhatikan apakah anaknya sensitif terhadap cahaya, mata yang besar dan berawan/kusam atau mata berair berlebihan. Biasanya diperlukan tindakan bedah untuk menanganinya.
- **Secondary glaucoma** Bentuk ini adalah sebagai hasil dari kelainan mata lainnya seperti trauma, katarak, atau radang mata. Penggunaan obat-obat golongan steroid (kortison) juga mempunyai kecenderungan untuk meningkatkan tekanan di dalam bola mata.

Pembahasan: E

57. Seorang laki-laki berusia 40 tahun datang ke poli mata dengan keluhan pandangan kabur, lensa tampak keruh, keluhan ini muncul sejak 1 bulan yang lalu setelah mata nya terkena cairan pembersih lantai. Diagnose medis katarak Apakah jenis katarak yang terjadi pada pasien tersebut?

- Kongenital
- Traumatik
- Maturasi
- Juvenil
- Senil

Rasional : Jenis-jenis katarak menurut (Vaughan, 2000) terbagi atas:

- **Katarak terkait usia (katarak senilis)** adalah: jenis katarak yang paling sering dijumpai. Satu-satunya gejala adalah distorsi penglihatan dan penglihatan yang semakin kabur.
- **Katarak congenital** yaitu Yang terdapat sejak lahir atau segera sesudahnya. Banyak katarak congenital yang tidak diketahui penyebabnya walaupun mungkin terdapat faktor genetik, yang lain disebabkan oleh penyakit infeksi atau metabolik, atau berkaitan dengan berbagai sindrom.
- **Katarak traumatik** yaitu paling sering disebabkan oleh cedera benda asing di lensa atau trauma tumpul terhadap bola mata. Lensa menjadi putih segera setelah masuknya benda asing karena lubang pada kapsul lensa menyebabkan humor aqueus dan kadang kadang karpus vitreum masuk kedalam struktur lensa.
- **Katarak komplikata** adalah katarak sekunder akibat penyakit intraokular pada lensa. Katarak biasanya berawal di daerah kapsul mesial dan akhirnya mengenai seluruh struktur lensa. Penyakit penyakit intraokular yang sering berkaitan dengan pembentukan katarak adalah uveitis kronik atau rekuren, glaukoma, retinitis pigmentosa dan pelepasan retina.
- **Katarak akibat penyakit sistemik** yaitu katarak bilateral dapat terjadi karena gangguan-gangguan diabetes mellitus, distrofi mintonik, sistemik berikut: hipoparatiroidisme, dermatitis atropik, galaktosemia, dan syndrome Lowe, Werner atau Down.
- **Katarak juvenile** yaitu katarak yang lembek dan terdapat pada orang muda yang mulai terbentuk nya pada usia kurang dari 9 tahun dan lebih dari 3 bulan

Pembahasan: B

58. Seorang anak laki-laki berusia 7 tahun mengalami luka pada kaki kanan akibat jatuh dari sepeda, terdapat perdarahan pada luka. luka tampak kotor perawat membersihkan luka dari membalut

luka tersebut. Beberapa jam kemudian luka tidak lagi mengeluarkan darah. Apakah fase penyembuhan luka pada kasus di atas?

- a. Remodeling
- b. Proliferasi
- c. Inflamasi
- d. Granulasi
- e. Maturasi

Rasional : Fase-fase penyembuhan luka menurut Smeltzer (2002: 490) adalah sebagai berikut:

- **Fase Inflamasi**, berlangsung selama 1 sampai 4 hari. Respons vaskular dan selular terjadi ketika jaringan teropong atau mengalami cedera. Vasokonstriksi pembuluh terjadi dan bekuan hibrinoplatele terbentuk dalam upaya untuk mengontrol pendarahan. Reaksi ini berlangsung dari 5 menit sampai 10 menit dan diikuti oleh vasodilatasi venula. Mikrosirkulasi kehilangan vasokonstriksinya karena kemampuan norepinefrin dirusak oleh enzim intraselular. Juga, histamin dilepaskan, yang meningkatkan permeabilitas kapiler. Ketika mikrosirkulasi mengalami kerusakan, elemen darah seperti antibodi, plasma protein, elektrolit, kamplemen, dan air menembus spasium vaskular selama 2 sampai 3 hari, menyebabkan edema, teraba hangat, kemerahan dan nyeri.
- **Fase Prolifertif**, berlangsung 5 sampai 20 hari. Fibroblast memperbanyak diri dan membentuk jaringan untuk sel-sel yang bermigrasi. Sel-sel epitel membentuk kuncup pada pinggiran luka: kuncup ini berkembang menjadi kapiler, yang merupakan sumber nutrisi bagi jaringan granulasi yang baru. Setelah 2 minggu, luka hanya memiliki 3% sampai 5% dari kekuatan aslinya. Sampai akhir bulan, hanya 35% sampai 59% kekuatan luka tercapai. Tidak akan lebih dari 70% sampai 80% kekuatan dicapai kembali. Banyak vitamin, terutama vitamin C, membantu dalam proses metabolisme yang terlibat dalam penyembuhan luka.
- **Fase Maturasi**, berlangsung 21 hari sampai sebulan atau bahkan tahunan. Sekitar 3 minggu setelah cedera, fibroblast mulai meninggalkan luka. Jaringan parut tampak besar, menyusun sampai fibril kalagen kedalam posisi yang lebih padat. Hal ini, sejalan dengan dehidrasi, mengurangi meningkatkan jaringan parut tetapi kekuatannya Maturasi jaringan seperti ini terus berlanjut dan mencapai kekuatan maksimum dalam 10 atau 12 minggu, tetapi tidak pernah mencapai kekuatan asalnya dari jaringan sebelum luka.

Pembahasan: C

59. Seorang pasien laki-laki dicurigai mengalami meningitis purulenta akibat predisposisi infeksi telinga, demam yang berlangsung selama satu minggu disertai nyeri kepala hebat. Saat ini masih menunggu hasil pemeriksaan lumbal pungsi. Perawat ingin melaksanakan pemeriksaan fisik saraf untuk memperkuat dugaan adanya lesi pada meninger pasien. Apa pemeriksaan yang dapat dilakukan dan dinilai pada kasus tersebut?

- a. Pemeriksaan refleks fisiologis patella negative
- b. Pemeriksaan reflek patologis brudzinski negative
- c. Pemeriksaan rangsang meningeal kaku kuduk positif
- d. Pemeriksaan rangsang meningeal brudzinski 1,2 negatif
- e. Pemeriksaan nervus kranial vestibulokoklearis uji Romberg positif

Rasional : Saat terdapat peradangan pada selaput otak (meningitis) atau terdapat benda asing (darah, pada perdarahan sub arahnoid) maka akan terjadi iritasi meningeal dan menimbulkan rangsang selaput otak. Manifestasi subyektif dari keadar, ini adalah berupa sakit kepala, kuduk terasa kaku, fotofobia, dan hiperakusis. Gejala lain dapat berupa tungkai cenderung fleksi, opistotonus (kepala dikedikkan ke belakang dan punggung melengkung ke belakang sehingga pasien berada dalam kondisi ekstensi). Keadaan opistotonus ini sering kita dapatkan pada bayi dan anak dengan meningitis atau meningitis tuberkulosa. Pemeriksaan yang paling tepat pada kasus di atas yaitu pemeriksaan kaku kuduk dengan cara tangan pemeriksa ditempatkan di bawah kepala pasien yang sedang berbaring, kemudian kepala ditekukan (Fleksi) dan diusahakan agar dagu mencapai dada. Selama penekukan diperhatikan adanya tahanan. Bila terdapat kaku kuduk kita dapatkan tahanan dan dagu tidak dapat mencapai dada. Kaku kuduk dapat bersifat ringan atau berat. Pada pasien dengan penurunan kesadaran maka pemeriksaan sebaiknya dilakukan saat ekspirasi. Selain karena rangsang selaput otak, kaku kuduk didapatkan pula pada miositis otot kuduk, abses retrofaringeal, artritis servikal.

60. Seorang laki-laki berusia 48 tahun dirawat dengan keluhan adanya luka kaki sebelah kiri. Karakteristik lukanya yaitu luka stadium III, adanya jaringan nekrotik, nyeri ringan, adanya sedikit eksudat. Pada saat dilakukan pengangkatan jaringan nekrotiknya masih keras dan nyeri. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 130/90 MmHg, suhu 37.5. pernapasan 16 x/menit, GDS: 200 Mg/dl. Apa metode pengangkatan jaringan yang paling tepat?
- a. Sharp
 - b. Kimia
 - c. Biologi
 - d. Mekanik
 - e. Autolitik

Rasional : Terdapat 4 metode debridement, yaitu autolitik, mekanikal, enzimatik dan surgikal. Metode debridement yang dipilih tergantung pada jumlah jaringan nekrotik. luasnya luka, riwayat medis pasien, lokasi luka dan penyakit sistemik.

- **Debridement autolitik** yaitu menggunakan enzim tubuh dan pelembab untuk rehidrasi. melembutkan dan akhirnya melisiskan jaringan nekrotik. Debridement otolitik bersifat selektif, hanya jaringan nekrotik yang dihilangkan. Proses ini juga tidak nyeri bagi pasien. Debridement otolitik dapat dilakukan dengan menggunakan balutan oklusif atau semioklusif yang mempertahankan cairan luka kontak dengan jaringan nekrotik. Debridement autolitik dapat dilakukan dengan hidrokoloid, hidrogel atau transparent films. Indikasi: Pada luka stadium III atau IV dengan eksudat sedikit sampai sedang
- **Debridement enzimatik** meliputi debridement, seperti kolagenase. Debridement penggunaan saleptopikal untuk merangsang. Seperti otolisis, debridement enzimatik dilakukan setelah debridement surgical atau debridement otolitik dan mekanikal. Debridement enzimatik direkomendasikan yang sehat dan perdarahan lebih banyak pada jaringan yang dipotong.
- **Debridement mekanik** Dilakukan dengan menggunakan balutan seperti anyaman yang melekat pada luka. Lapisan luar dari luka mengering dan melekat pada balutan anyaman. Selama proses pengangkatan, jaringan yang melekat pada anyaman akan diangkat. Beberapa dari jaringan tersebut non-viable, sementara beberapa yang lain viable. Debridement ini nonselektif karena tidak membedakan antara jaringan sehat dan tidak sehat. Debridement mekanikal memerlukan ganti balutan yang sering. Proses ini bermanfaat sebagai bentuk awal debridement atau sebagai persiapan untuk pembedahan. Hidroterapi juga merupakan suatu tipe debridement mekanik. Keuntungan dan risikonya masih diperdebatkan.
- **Enzimaatik Surgikal** adalah pengangkatan jaringan avital dengan menggunakan skalpel, gunting atau instrument tajam lain. Debridement surgikal merupakan standar perawatan untuk mengangkat jaringan nekrotik. Keuntungan debridement surgikal adalah karena bersifat selektif; hanya bagian avital yang dibuang. Debridement surgikal dengan cepat mengangkat jaringan mati dan dapat mengurangi waktu. Debridement surgikal dapat dilakukan di tempat tidur pasien atau di dalam ruang operasi setelah pemberian anestesi. Ciri jaringan avital adalah warnanya lebih kusam atau lebih pucat (tahap awal), bisa juga lebih kehitaman (tahap lanjut), konsistensi lebih lunak dan jika di insisi tidak/sedikit mengeluarkan darah. Debridement dilakukan sampai jaringan tadi habis, cirinya adalah kita sudah menemukan jaringan yang sehat dan perdarahan lebih banyak pada jaringan yang dipotong.

Pembahasan: E

61. Seorang pasien laki-laki berusia 19 tahun mengalami dermans acne kronik. Pasien memiliki pustula dan papula pada wajahnya. Ia mengatakan, membenci keadaannya saat ini dan malas bertemu dengan teman-teman sekolah yang mengunjunginya. Apakah Indikator kriteria hasil yang paling tepat untuk masalah di atas?
- a. Pasien mengungkapkan mampu penerimaan diri
 - b. Pasien mampu bersosialisasi lagi dengan temannya
 - c. Pasien mampu mengidentifikasi kekuatan dirinya
 - d. Pasien mampu kebersihan wajahnya mempertahankan

e. Pasien mampu menghargai teman yang mengunjunginya

Rasional : Pada kasus ini anda bisa melihat kunci dari kasus tersebut yakni terdapat pada kalimat "membenci keadaannya saat ini dan malas bertemu dengan teman-teman sekolah yang mengunjunginya", kalimat ini menandakan bahwa pasien masih dalam proses denial yang mana pada fase ini dapat terlewati dengan cepat melalui intervensi keperawatan sehingga pasien mampu mengungkapkan penerimaan diri atas keadaannya saat ini.

Pembahasan: A

62. Seorang laki laki berusia 45 tahun datang ke rumah sakit dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian didapatkan tekanan darah 90/50 mmHg, frekuensi nadi 100 x/menit, frekuensi napas 35 x/menit dengan irama ireguler, terdapat asites, edema pada kedua tungkai dan terdengar suara ronkhi pada kedua paru. Pasien dinyatakan mengalami Chronic Heart Failure (CHF). Apakah penyebab edema pulmonal pada pasien di atas?

- a. Ventrikel kanan gagal memompa
- b. Aorta gagal menutup sempurna
- c. Atrium kanan gagal memompa
- d. Ventrikel kiri gagal memompa
- e. Atrium kiri gagal memompa

Rasional : Edema paru ialah kondisi dimana terjadi penumpukan cairan pada sistem respirasi yang disebabkan oleh **ketidakmampuan jantung sebagai pompa darah untuk memenuhi secara adekuat kebutuhan metabolisme tubuh**. Edema paru terjadi oleh karena adanya aliran cairan dari darah ke ruang intersisial paru yang selanjutnya ke alveoli paru, melebihi aliran cairan kembali ke darah atau melalui saluran limfatik. Edema paru bisa terjadi disebabkan oleh faktor peningkatan **tekanan pembuluh kapiler paru** (misalnya pada gagal jantung kiri), tapi edema paru pada ARDS timbul akibat peningkatan permeabilitas kapiler alveolar. **Edema paru akut (kardiak)** adalah akumulasi cairan di paru-paru secara tiba-tiba akibat peningkatan tekanan intravaskular. Diagnosis dari penyakit ini dapat diketahui dari riwayat sesak napas yang bertambah hebat dalam waktu singkat (jam atau hari) disertai gelisah, batuk dengan sputum busa kemerahan. **Pila bagian kiri jantung gagal** tanpa disertai dengan adanya gagal bagian kanan, darah terus dipompa ke dalam paru-paru dengan tenaga jantung yang biasa, tetapi darah tidak dipompa secara adekuat keluar dari paru-paru masuk ke dalam sirkulasi sistemik. Akibatnya, tekanan pengisian paru rata-rata meningkat akibat pergeseran sejumlah besar darah dari sirkulasi sistemik ke dalam sirkulasi paru paru, Karena volume darah dalam paru-paru meningkat, tekanan kapiler paru juga meningkat, dan jika tekanan ini meningkat di atas nilai yang lebih sama dengan tekanan osmotik koloid plasma, yaitu sekitar 28 mmHg, cairan mulai merembes keluar dari kapiler masuk ke dalam ruang interstitial dan alveoli, kemudian menimbulkan edema paru. Pada gagal jantung akut kiri kuat yang berat, kadang-kadang terjadi edema paru sedemikian cepat sehingga terjadi kematian akibat lemas dalam waktu 20-30 menit. Edema paru terjadi dengan cara yang sama seperti edema dimana saja dalam tubuh. Faktor apapun yang menyebabkan tekanan cairan interstitial paru meningkat dari batas negatif menjadi batas positif akan menyebabkan pengisian mendadak pada ruang interstitial paru dan alveolus dengan sejumlah besar cairan bebas. Volume cairan interstitial paru biasanya tidak dapat meningkat lebih dari 50% atau mewakili kurang dari 50 ml cairan. Sebab membran capitel alveoli robek dan cairan mulai mengalir dari ruang interstitial ke dalam alveoli. Penyebab hal ini adalah kecilnya kekuatan tegangan epitel alveoli paru, artinya, bahkan pada tekanan positif yang paling kecil sekalipun dalam ruang interstitial, memungkinkan sampai 1 mmHg dapat menyebabkan robeknya epitel ini dengan segera. Oleh karena itu, kecuali pada kasus edema paru paling ringan, cairan edema selalu memasuki alveoli. Jika edema ini menjadi cukup berat, dapat menyebabkan kematian atau lemas (sufokasi). Gejala awal bagi penderita edema paru adalah **sangat sulit bernapas dan saat batuk disertai mukus (lendir) yang berbusa**. Jika seseorang telah mengalami hal itu, dianjurkan dibawa ke UGD

Pembahasan: D

63. Seorang laki-laki berusia 60 tahun masuk di ruang IGD dengan keluhan nyeri di bagian dada sampai punggung dan sesak nafas. Hasil pemeriksaan didapatkan pasien sianosis, terpasang O2 Tekanan darah 140/90 mmHg, N: 85 x/menit, S: 37°C, RR: 30 x/menit. Gambaran EKG

menunjukkan segmen ST melebar dan Q patologis. Apa arti segmen ST elevasi dan OA patologis pada gambaran EKG kasus di atas?

- a. Adanya nekrosis pada otot jantung, mengakibatkan iskemi
- b. Adanya nekrosis pada otot jantung, mengakibatkan iskemi
- c. Terjadinya penimbunan CO₂, di dalam tubuh
- d. Respon kompensasi dari kurangnya O₂
- e. Terdapat oedem paru yang kronis

Rasional : Oleh karena itu, kecuali pada kasus edema paru paling ringan, cairan edema selalu memasuki alveoli. Jika edema ini menjadi cukup berat, dapat menyebabkan kematian atau lemas (sufokasi). Gejala awal bagi penderita edema Daru adalah sangat sulit bernapas dan saat batuk disertai mukus (lendir) yang berbusa. Jika seseorang telah mengalami hal itu, dianjurkan dibawa ke UGD

Pembahasan: A

64. Seorang perempuan berusia 22 tahun datang ke poli saraf dengan keluhan wajah sebelah kanan terasa kebas setelah terkena AC selama sehari-hari. Pada pemeriksaan syaraf cranial, diperoleh hasil bahwa pergerakan wajah pasien tidak simetris kanan dan kiri saat tersenyum maupun berbicara. Apa syaraf yang terganggu pada pasien tersebut?

- a. Nervus I
- b. Nervus III
- c. Nervus IX
- d. Nervus VI
- e. Nervus VII

Rasional : Pada kasus tersebut dinyatakan bahwa pasien mengalami kendaksimetrisan saat tersenyum, hal ini menandakan adanya gangguan motorik pada saraf fasialis (Nervus VII) yang mana fungsi saraf fasialis meliputi 2 fungsi yaitu 1) fungsi Sensorik untuk menerima rangsang dari bagian anterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa; dan 2) fungsi motorik untuk mengendalikan otot wajah serta menciptakan ekspresi wajah, salah satunya tersenyum

Pembahasan: E

65. Seorang perempuan berusia 48 tahun dirawat di ruangan bedah dengan keluhan mata berair. Saat pengkajian ditemukan tampak penonjolan tulang temporo-parietal kanan, mata kanan tampak menonjol, penglihatan kabur, nyeri berdenyut pada daerah temporal kanan, mual dan muntah 2 kali. TD: 140/90 mmHg, N: 86 x/menit, S: 37°C, RR: 24 x/menit. Hasil CT-Scan: Osteosarcoma + Meningioma. Apakah masalah keperawatan pada kasus tersebut?

- a. Nyeri akut
- b. Risiko injury
- c. Gangguan nutrisi
- d. Gangguan kebutuhan cairan
- e. Gangguan persepsi sensori penglihatan.

Rasional : Tanda dan gejala yang muncul pada kasus ini menunjukkan bahwa pasien mengalami gangguan sensori penglihatan. Hal ini dapat dilihat pada keluhan utama klien yaitu mata berair yang disertai, mata kanan tampak menonjol, dan penglihatan kabur.

Pembahasan: E

66. Seorang laki-laki berusia 24 tahun diantar ke UGD dengan keadaan kesadaran menurun. Ners melakukan pengkajian ditemukan respon verbal: suara berupa serangan; respon motorik: pasien menghindari dari stimulus nyeri; respon membuka mata: buka mata dengan respon

nyeri. Pasien muntah 3 kali setelah kejadian kecelakaan. Berdasarkan hasil pemeriksaan CT-Scan ditemukan adanya Epidural Hematom. Berapakah nilai score GCS pasien tersebut?

- a. 6
- b. 7
- c. 8
- d. 9
- e. 10

Rasional : BCS (Glasgow Coma Scale) yaitu skala yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pasien. Dengan menilai respon pasien terhadap rangsangan yang diberikan. Respon pasien yang perlu diperhatikan mencakup 3 hal yaitu reaksi membuka mata (Eye), bicara (Verbal) dan gerakan (Motorik). Hasil pemeriksaan dinyatakan dalam derajat (score) dengan rentang angka 1-6 tergantung responnya.

Tabel pemeriksaan GCS pada orang Dewasa :

Eye (respon membuka mata)	Verbal (respon verbal)	Motorik (Gerakan)
(4): spontan	(5): orientasi baik	(6): mengikuti perintah
(3): dengan rangsang suara (suruh pasien membuka mata)	(4): bingung, berbicara kacau (sering bertanya beru lang), disorientasi tempat dan waktu.	(5): melokalisasi nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri)
(2): dengan rangsangan nyeri (berikan rangsang nyeri, misalnya menekan kuku jari)	(3): kata kata tidak jelas	(4): withdraws (menghindar/menarik ekstremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri)
(1): tidak ada respon	(2): suara tanpa arti (mengerang)	(3): flexi abnormal (tangan satu atau keduanya posisi kaku diatas dada & kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri).
	(1): tidak ada respon	(2): ekstensi abnormal (tangan satu atau keduanya ekstensi di sisi tubuh, dengan jari mengepal & kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri).

Pembahasan: D

67. Seorang laki-laki usia 65 tahun dibawa ke bangsal 65 bedah sesaat setelah operasi TURP. Saat masuk ruangan bedah pasien terpasang kateter double lumen yang terhubung dengan NaCl 0,9%. Pasien mengeluh kencing keluar berwarna merah disertai dengan adanya gumpalan darah, rasa nyeri di atas kemaluan. Perawat bangsal melakukan observasi pengeluaran urine, ternyata tidak ada penambahan output urine pada urine bag. Apakah tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien tersebut?

- a. Lakukan kompres dingin pada area nyeri
- b. Lakukan spooling kateter memakai cairan NaCl 0,9%
- c. Laporkan kepada dokter jaga
- d. Lakukan pencabutan kateter
- e. Observasi tanda-tanda vital

Rasional : Pada kasus ini terlihat bahwa pasien baru saja mendapat tindakan operasi TURP, klien mengalami nyeri dan tampak terpasang kateter. Dalam gambaran kasus belum terdapat data tanda-tanda vital pasien pasca operasi. Hal ini harus dilakukan oleh perawat untuk memantau status kesehatan klien dan sebagai upaya pencegahan adanya komplikasi

Pembahasan: E

68. Seorang perempuan usia 50 tahun masuk ruang ICU dengan keluhan dada berdebar-debar sejak 3 hari yang lalu. Pasien juga mengeluh lemah, mual, dan pusing. Pasien mengatakan cemas dengan keadaannya saat ini. Pemeriksaan fisik TD: 80/60 mmHg, N: 58x/ menit iriguler, RR: 24x/mnt, S: 37°C. daerah akral terata dingin, CTR > 3 detik. Gambaran EKG Old Inferior MCI. Pemeriksaan elektrolit Na: 124, K: 2.0 meg/dl. Apakah diagnosa keperawatan pada kasus di atas?
- Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
 - Gangguan perfusi jaringan
 - Penurunan curah jantung
 - Intoleransi aktivitas
 - Kecemasan

Rasional : Dari tanda dan gejala yang pasien mengalami **penurunan curah jantung** yang artinya jantung tidak mampu lagi memenuhi kebutuhan nutrisi dalam upaya metabolisme tubuh. Diagnosis ini tidak menyarankan anda keperawatan mandiri, perawat juga tidak dapat menggunakan diagnosis ini secara konklusif maupun mengobati masalah ini dengan pasti. Untuk pasien yang mengalami penurunan curah jantung fisiologis, anda dapat menemukan bahwa lebih bermanfaat menggunakan diagnosis yang mewakili respon manusia terhadap patofisiologi ini. Pada umumnya, tindakan keperawatan untuk diagnosa ini berfokus pada pemantauan tanda-tanda vital dan gejala penuruna curah jantung. Pengkajian penyebab yang mendasari (hypovolemia, disritmia). pelaksanaan protocol atau program dokter untuk mengatasi penurunan curah jantung dan pelaksanaan tindakan dukungan seperti perubahan posisi dan hidrasi.

Pembahasan: C

69. Seorang perempuan usia 40 tahun masuk ke ruang rawat penyakit dalam dengan keluhan luka pada punggung kaki sampai ke ibu jari kaki dan terasa nyeri. Keluhan ini dirasakan pasien sejak 2 bulan lalu. Pasien mengatakan mempunyai riwayat sakit gula sejak 1 tahun lalu tapi sudah tidak meminum obat, dan nafsu makan meningkat 3 bulan terakhir. Pada pemeriksaan fisik TD: 110/70, N: 80x/mnt, RR: 20x/ mnt, S: 37,5°C. Pemeriksaan laboratorium Hb 12 gr%, GDS 350 mg/dl. Apakah tindakan keperawatan yang akan diberikan pada kasus tersebut?
- Berikan pendidikan kesehatan tentang diet
 - Berikan masukan cairan yang adekuat
 - Berikan perawatan luka segera
 - Berikan relaksasi nafas dalam
 - Berikan posisi yang nyaman

Rasional : Pernyataan "pasien sudah tidak meminum obat, dan nafsu makan meningkat 3 bulan terakhir" merupakan indikasi adanya ketidakadekuatan pola diet dan kepatuhan meminum obat. Hal yang dapat dilakukan oleh perawat adalah memberikan Pendidikan kesehatan tentang pola diet yang adekuat yang sesuai dengan kondisi DM yang pasien alami.

Pembahasan: A

70. Seorang laki-laki berusia 35 tahun diantar oleh keluarga ke UGD dengan keadaan kesadaran menurun (GCS 7) Saat pemeriksaan fisik ditemukan kaku pada kaki dan tangan, rotasi internal dan fleksi pada ekstremitas, fleksi pada telapak kaki pupil anisokor, hemiparese kontralateral, midriasis pupil ipsilateral, TD: 150 mmHg, N: 68 x/menit, RR: 30 x/menit, S. 37.8°C. Apakah respon motoric yang terjadi pada pasien tersebut?
- Deserebrasi
 - Dekortikasi
 - Letargi
 - Flaksid
 - Agitasi

Rasional : Gerakan fleksi abnormal sendi siku serta pergelangan tangan dan supinasio lengan disebut dikortikasi yang menunjukkan kerusakan bilateral yang berat pada hemisfer otak di atas mesensefalon, sedangkan gerakan ekstensi abnormal sendi siku serta pergelangan tangan dan pronasio lengan disebut descrebrasi yang menunjukkan kerusakan pada mesensefalon serta bagian kaudal diensefalon.

Pembahasan: B

71. Seorang perempuan berusia 58.tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan terdapat luka Ulkus melibatkan ligamen, tendon, kapsul sendi atau band dalam jaringan ikat fibrosa yang memisahkan atau mengikat bersama otot. Berada pada grade berapa luka ulkus.tersebut jika dilihat dari sistem klasifikasi Wagner?

- Derajat1
- Derajat2
- Derajat3
- Derajat4
- Derajat5

Rasional : Jika ditemukan adanya ulkus, maka deskripsi karakteristik ulkus harus mencakup ukuran, kedalaman, tampilan ulkus, dan lokasi. Banyak klasifikasi yang digunakan untuk mendeskripsikan ulkus kaki diabetik. Klasifikasi yang biasa digunakan yaitu wagner ulcer classification system, klasifikasi dibuat berdasarkan kedalaman ulkus dan luasnya jaringan nekrosis. Kelemahan dari Sistem klasifikasi ini adalah, sistem ini hanya mengklasifikasi ulkus berdasarkan kedalaman dan tampilan ulkus tanpa melihat adanya tanda-tanda iskemia atau infeksi Berikut adalah grade ulkus menurut wagner.

Grade	Deskripsi
0	Tidak terdapat luka, gejala hanya seperti nyeri a a
1	Ulkus dangkal yang mungkin span ketebalan penuh kulit atau hanya sebagian ketebalan
2	

	Ulkus melibatkan ligamen, tendon, kapsul sendi atau band dalam jaringan ikat fibrosa yang memisahkan atau mengikat bersama otot
3	Ulkus yang mendalam dan melibatkan abses (es), osteom ielitis (infeksi tulang) dan / atau sepsis bersama.
4	Ulkus termasuk gangren (pem busukan jaringan tubuh) di (sepertiga anterior kaki) kaki depan atau wilayah turnit.
5	Terdapat gangren pada seluruh tungkai kaki

Pembahasan: B

72. Seorang laki-laki berusia 64 tahun dirawat di RS dengan diagnosa Congestif Heart Failure (CHF). Saat dilakukan pemeriksaan EKG hasilnya adalah irama regular dengan jarak puncak gelombang R satu dengan R berikutnya yaitu 6 kotak besar. Berapa frekuensi denyut jantung pasien?

- 50 kali permenit
- 60 kali permenit
- 75 kali permenit
- 80 kali permenit
- 85 kali permenit

Rasional : Cara menentukan frekwensi (heart rate) pada Relombang, EKG ini dapat dilakukan melalui tiga cara:

- Cara pertama menilai frekwensi jantung adalah menggunakan kotak besar sebagai dasar perhitungan, dimana biasanya cara ini digunakan bagi gelombang EKG reguler (teratur) dan bagi Anda yang ingin mengetahui frekuensi jantung secara cepat. Adapun rumusnya sebagai berikut: $300 / \text{jumlah kotak besar antar R ke R}$.
- Cara kedua menilai frekuensi jantung adalah menggunakan kotak kecil sebagai dasar perhitungan, dimana biasanya cara ini digunakan bagi gelombang EKG “ reguler (teratur dan bagi Anda yang ingin

mendapatkan hasil yang akurat. Adapun rumusnya sebagai berikut: $1500/\text{jumlah kotak kecil antara R ke R}$.

- Cara ketiga menghitung frekwensi jantung adalah dengan menggunakan gelombang EKG selama 6 detik, kemudian hitung jumlah ORS dan kalikan 10. Pada kasus, disebutkan bahwa R ke R selanjutnya adalah 6 kotak besar.

Pembahasan: A

73. Seorang perempuan berusia 37 tahun masuk UGD dalam keadaan tidak sadar. Perawat segera melakukan asesmen awal dengan mengkaji nilai GCS. Saat pengkajian pasien tidak berespon dalam membuka mata, respon suara mengerang dan respon motorik flexi abnormal. Berapakah nilai GCS pasien tersebut?

- 7
- 6
- 5
- 4
- 3

Rasional : BCS (Glasgow Coma Scale) yaitu skala yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pasien. Dengan menilai respon pasien terhadap rangsangan yang diberikan. Respon pasien yang perlu diperhatikan mencakup 3 hal yaitu reaksi membuka mata (Eye), bicara (Verbal) dan gerakan (Motorik). Hasil pemeriksaan dinyatakan dalam derajat (score) dengan rentang angka 1-6 tergantung responnya.

Tabel pemeriksaan GCS pada orang Dewasa :

Eye (respon membuka mata)	Verbal (respon verbal)	Motorik (Gerakan)
(4): spontan (3): dengan rangsang suara (suruh pasien membuka mata) (2): dengan rangsangan nyeri (berikan rangsangan nyeri, misalnya menekan kuku jari) (1): tidak ada respon	(5): orientasi baik (4): bingung, berbicara kacau (sering bertanya beru lang), disorientasi tempat dan waktu. (3): kata kata tidak jelas (2): suara tanpa arti (mengerang) (1): tidak ada respon	(6): mengikuti perintah (5): melokalisasi nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri) (4): withdraws (menghindar/menarik extremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri) (3): flexi abnormal (tangan satu atau kedua posisi kaku diatas dada & kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri). (2): extensi abnormal (tangan satu atau keduanya ekstensi di sisi tubuh, dengan jari mengepal & kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri).

Data yang ada pada klien menunjukkan bahwa skor nilai pada Eye adalah 1, Verbal bernilai 2, dan Motorik yang fleksi abnormal memiliki skor 3, jadi skor GCS klien adalah 6.

Pembahasan: B

74. Seorang perawat melakukan kunjungan rumah pada keluarga dengan anak umur 6 tahun yang menderita diare. Saat dilakukan pengkajian didapatkan data bahwa anak mengalami tanda-tanda dehidrasi. Ibu mengatakan akan membawa anaknya berobat di dukun setempat dibandingkan ke puskesmas. Padahal fasilitas kesehatan tidak jauh dari rumah klien. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus di atas?

- Ketidakmampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas pelayanan Kesehatan
- Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan keluarga
- Ketidakmampuan dalam memutuskan perawatan
- Ketidakmampuan dalam melakukan perawatan keluarga
- Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah

Rasional : Masalah keluarga yang dialami ketidakmampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan. Hal ini bisa disebabkan oleh kurangnya terpapar informasi mengenai prosedur pelayanan di puskesmas
Pembahasan: A

75. Perawat kunjungan rumah pada satu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan dua orang anak, diperoleh informasi bahwa suami dengan umur 35 tahun yang bekerja sebagai wiraswasta, anak pertama umur 5 tahun dan anak ke dua umur 3 tahun. Dengan penghasilan yang dimiliki keluargatersebut saat ini keluarga hanya dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, serra dapatmemenuhi Lebutuhan sosial psikologisnya tetapi belum mampu menabung. Apakah tahapan keluarga pada kasus tersebut?
- Keluarga prasejahtera
 - Keluarga sejahtera tahap I
 - Keluarga sejahtera tahap II
 - Keluarga sejahtera tahap III
 - Keluarga sejahtera tahap III plus

Rasional : Di Indonesia keluarga dikelompokkan menjadi 5 tahap yaitu:

- **Keluarga Pra-sejahtera** yaitu keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasar secara minimal, kebutuhan pengajaran agama, pangan, Sandang. papan dan kesehatan.
- **Keluarga sejahtera tahap I**, yaitu Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar secara minimal, tetapi belum dapat memenuhi keseluruhan kebutuhan sosial psikologisnya, yaitu kebutuhan pendidikan, KB, interaksi dalam keluarga, interaksi dengan lingkungan tempat tinggal, dan transportasi
- **Keluarga sejahtera tahap II**, yaitu Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar secara minimal, dan dapat memenuhi keseluruhan kebutuhan. sosial psikologisnya, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan pengembangan, yaitu: kebutuhan menabung dan memperoleh informasi.
- **Keluarga sejahtera tahap III**, yaitu Keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, psikologisnya, dan kebutuhan dapat sosial memenuh kebutuhan pengembangan, tetapi belum dapat memberikan kontribusi yang maksimal kepada masyarakat secara teratur dalam bentuk material dan keuangan, juga berperan serta aktif menjadi pengurus lembaga kemasyarakatan dan lain-lain.
- **keluarga sejahtera tahap III plus**, yaitu Keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhannya, baik yang bersifat dasar, kebutuhan sosial psikologisnya, maupun pengembangan, serta telah mampu memberikan sumbangan yang nyata dan berkelanjutan bagi masyarakat.

Pembahasan: C

76. perawat melakukan kunjungan rumah pada keluarga dengan salah satu anggota demam dan sendi terasa nyilu. Keluarga hanya rawat dirumah dan dan enggan membawa ke pusat pelayanan kesehatan setempat. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus di atas?
- Ketidakmampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas pelayanan Kesehatan
 - Ketidakmampuan keluarga dalam memadifikasi lingkungan
 - Ketidakmampuan keluarga memutuskan perawatan dalam
 - Ketidakmampuan melakukan perawatan keluarga dalam
 - Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah

Rasional : Masalah keluarga yang dialami yakni kendakmampuan keluarga dalam mengenal masalah. Hal ini dapat dilihat dari sikap keluarga yang memutuskan untuk merawat anggota keluarganya di rumah serta anggapan bahwa anggota keluarga hanya demam biasa tanpa mengetahui penyebabnya
Pembahasan: E

77. Seorang ibu berumur 20 tahun sedang hamil 24 minggu, klien tampak kurus dan lemah Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak makan ikan karena anjuran orang tua dan masyarakat setempat yang melarang ibu hamil makan makanan yang berbau amis Apa strategi asuhan keperawatan budaya yang tepat untuk mengatasi masalah klien?

- a. Mempengaruhi ibu untuk melanggar anjuran masyarakat yang salah
- b. Melakukan negosiasi untuk mengganti sumber protein lain
- c. Mempertahankan budaya dan anjuran masyarakat
- d. Merujuk ibu ke Puskesmas terdekat
- e. Merekonstruksi budaya klien

Rasional : Strategi yang digunakan dalam asuhan keperawatan adalah perlindungan/ mempertahankan budaya, mengakomodasi/ negosiasi budaya, dan mengubah/mengganti budaya klien menurut Leinenger:

Cara 1: Mempertahankan budaya

Mempertahankan budaya dilakukan bila budaya pasien tidak bertentangan dengan kesehatan. Perencanaan dan implementasi keperawatan diberikan sesuai dengan nilai-nilai yang relevan yang telah dimiliki klien sehingga klien dapat meningkatkan atau mempertahankan status kesehatannya. misalnya budaya berolahraga senap pagi.

Cara II : Negosiasi budaya

Intervensi dan implementasi keperawatan pada tahap ini dilakukan untuk membantu klien beradaptasi terhadap budaya tertentu yang lebih menguntungkan kesehatan. Perawat membantu klien agar dapat memilih dan menentukan budaya lain yang lebih mendukung peningkatan kesehatan, misalnya klien sedang hamil mempunyai pantang makan yang berbau amis, maka ikan dapat diganti dengan sumber protein hewani yang lain.

Cara III: Restrukturisasi budaya

Restrukturisasi budaya klien dilakukan bila budaya yang dimiliki merugikan status kesehatan. Perawat berupaya merestrukturisasi gaya hidup klien yang biasanya merokok menjadi tidak merokok. Pola rencana hidup yang dipilih biasanya yang lebih menguntungkan dan sesuai dengan keyakinan yang dianut.

Pembahasan: B

78. Perawat komunitas sedang melakukan penyuluhan kesehatan remaja di sebuah sekolah menengah atas. Tema yang diberikan adalah mengenai penularan HIV/AIDS. Sebelum penyuluhan perawat melakukan screening terlebih dahulu mengenai pengetahuan siswa. Manakah pernyataan di bawah ini yang menunjukkan kemandirian?
- a. "Saya tidak akan mendonorkan darah karena saya tidak ingin tertular AIDS"
 - b. "Laki-laki harus menggunakan kondom saat melakukan hubungan seksual."
 - c. "Saya mendengar seseorang dapat tertular AIDS dari transfusi darah."
 - d. "Penggunaan obat dapat menularkan HIV melalui jarum suntik."
 - e. "Darah dapat menularkan AIDS".

Rasional : Penularan HIV dapat melalui kontak dengan darah, cairan semen dan cairan tubuh lainnya. Meskipun transfusi dengan melibatkan darah dimana yang menerima terinfeksi HIV, seseorang tidak akan terinfeksi karena mendonorkan darah.

Pembahasan: A

79. Seorang laki-laki berumur 63 tahun mendapat kunjungan rumah oleh perawat. Pasien memiliki riwayat alzheimer. Selama kunjungan, perawat menemukan luka memar pada lengan atas dan lebih pendiam dari biasanya. Klien tidak melakukan komunikasi yang efektif mengenai penyakitnya. Perawat mencurigai klien mendapatkan perilaku kekerasan. Apa yang perawat lakukan terhadap keadaan tersebut?
- a. Membawa klien ke rumah sakit.
 - b. Memonitor situasi selama melakukan kunjungan
 - c. Berusaha meyakinkan klien untuk mau memberitahu apa yang dia alami
 - d. Tidak ada yang dilakukan karena perawat tidak memiliki bukti terhadap tindakan tersebut
 - e. Melakukan pengawasan mengenai kecurigaannya dengan bekerja sama dengan tokoh

Rasional : Untuk memastikan kecurigaan tersebut baiknya perawat mengumpulkan bukti yang cukup agar terhindar dari Tindakan penuduhan bahwa keluarga pasien yang melakukan kekerasan tersebut. Peran perawat yang dituntut dalam kasus ini adalah peran advokasi yakni membela hak-hak pasien.

Pembahasan: E

80. Seorang Bayi laki-laki berusia 3 bulan dibawa ke Puskesmas oleh ibunya untuk imunisasi. Saat diperiksa ternyata bayi tersebut demam tinggi, diare dan tampak sakit. N: 110 x/Menit, S: 38,5°C, P: 30 x/Menit. Apa yang seharusnya dilakukan oleh perawat terhadap imunisasi bayi tersebut?

- a. Imunisasi peroral saja
- b. Imunisasi tetap dilanjutkan
- c. Imunisasi dengan dosis dikurangi
- d. Imunisasi ditunda hingga bayi sehat
- e. Imunisasi ditunda hingga bayi sehat dan imunisasi diulang dari awal.

Rasional : Kontraindikasi pemberian vaksin/imunisasi pada anak yaitu reaksi anafilaksis terhadap vaksin dan konstituenya dan sakit sedang atau berat, dengan atau tanpa demam. Melihat kondisi bayi yang mengalami demam maka sebaiknya imunisasi ditunda hingga bayi sehat kembali

Pembahasan: D

81. Seorang laki-laki berusia 58 tahun, menderita DM. Sudah 4 kali cek gula darah tetapi tidak turun, padahal pasien telah diet sesuai anjuran, dosis Obat Anti Diabetes (OAD) pun sudah ditambah. Makanan klien sudah tidak menggunakan gula, tetapi sebagai penggantinya adalah menggunakan kecap manis. Apa Tindakan yang harus dilakukan oleh perawat?

- a. Memberikan konseling tentang pola diet yang benar
- b. Meminta istri klien untuk melihat buku makanan diet
- c. Datang ke rumah untuk mengobservasi makanan klien
- d. Menjelaskan tentang penyakit DM yang diderita klien
- e. Meminta istri klien tetap memasak menggunakan kecap manis

Rasional : Konseling tidak hanya terbatas memberitahu klien pola diet yg tepat, namun juga memberikan contoh pilihan makanan yg harian sesuai kebutuhan kalori dan zat gizi klien. Intake kecap tidak dilarang tetapi dibatasi agar tidak melebihi kebutuhan sesuai

Pembahasan: A

82. Seorang ibu membawa anaknya yang berusia 7 tahun dengan keluhan demam 4 hari dan nyeri perut. Selama ini klien hanya diberi parasetamol tapi demam naik kembali. Hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik didiagnosis anak tersebut mengalaminya DBD derajat 4. Klien diresusitasi selama 1 jam namun tidak tertolong dan anak tersebut meninggal.. Bagaimana cara terbaik perawat menjelaskan kepada orangtua?

- a. Memberikan informasi kematian segera setelah anak meninggal.
- b. Berdukacita dan menyalahkan orangtua kenapa tidak segera dibawa ke RS
- c. Menyatakan turut berdukacita dan mengatakan bahwa jika tidak terlambat nyawa anak masih bisa tertolong.
- d. Menyatakan turut berdukacita menjelaskan tentang penyakit dan penyebab kematian setelah keluarga tenang
- e. Meminta maaf kepada anak yang meninggal dan menjelaskan pada keluarga bahwa klien dengan kondisi seperti ini jarang yang tetap bertahan hidup

Rasional : Setelah breaking bad news kepada orangtua bahwa anaknya telah meninggal, perawat sebaiknya memberikan mereka waktu untuk meluapkan kesedihan dan menenangkan diri. Setelah itu perawat berkewajiban memberikan penjelasan kepada orangtua tentang kondisi klien saat gawat dan penyebab kematiannya. Saat memberikan keterangan hindari kesan menyalahkan atau menyudutkan orangtua, tetapi diingatkan agar tidak terulang kembali.

Pembahasan: D

83. Seorang perawat puskesmas ingin mengetahui data jumlah kasus baru dan lama demam berdarah dengue (DBD) pada tiga bulan terakhir di wilayah kerja puskesmasnya, dan diperoleh data 0.846. Termasuk data apa hasil frekuensi penyakit?

- a. Rasio
- b. Insidensi
- c. Prevalensi
- d. Attack rate
- e. Insiden ratte

Rasional : Prevalensi: kejadian kasus penyakit baru dan lama Insidensi: kejadian kasus penyakit baru Rasio: Perbandingan jumlah. Insiden rate: kecepatan kejadian kasus baru Attack rate: Perkiraan derajat serangan/ penularan suatu penyakit

Pembahasan: C

84. Seorang perawat bermaksud melakukan penyuluhan mengenai manfaat ASI eksklusif dalam rangka meningkatkan cakupan ASI Eksklusif di wilayah kerja sebuah Puskesmas. Apa sasaran primmer dari penyuluhan tersebut?

- a. Kader Kesehatan
- b. Ibu-ibu pengajian
- c. Ketua RW dan RT
- d. Petugas Kesehatan
- e. Ibu hamil dan menyusui

Rasional :

- Sasaran Primer: kelompok/individu yang akan diubah perilakunya. Contoh: klien DM, ibu menyusui, ibu hamil, balita, anak sekolah, dll.
- Sasaran Sekunder: keluarga atau tokoh masyarakat yang dapat menjadi jembatan untuk mengubah perilaku sasaran primer.
- Sasaran Tersier: Dukungan dari penentu atau pembuat keputusan di tingkat lokal, utamanya, misalnya lurah, camat, bupati atau pejabat pemerintah setempat.

Pembahasan: E

85. Seorang wanita berusia 27 tahun datang ke puskesmas karena demam 3 hari berturut turut. Olehmdokter puskesmas klien tersebut disarankan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium, dan didapatkan hasil trombosit 80.000/mikroliter. Termasuk apa tindakan yang dilakukan petugas kesehatan tersebut?

- a. Perlindungan spesifik
- b. Early case detection
- c. Disability limitation
- d. Pencegahan primer
- e. Health promotion

Rasional : Early case detechan (screening)

- Mass Screening X-Ray massal

- Selective Screening yaitu screening Group tertentu misal wanita »40thn, untuk Ca Cervix, PSK untuk screening HIV/AIDS
- Single Disease Screening yaitu screening satu jenis penyakit, misal TB Screening
- Multiphase mengetahui penyakit pemeriksaan/multipletest/ prosedur Misal: tes kesehatan Mahasiswa baru atau tes CPNS untuk yaitunkemungkinan beberapa (kombinasi beberapa Health Examination)
- Periodic yaitu pemeriksaan kesehatan berkala utk staff eksekutif, professor, dll.
- Opportunistic Screening yaitu Screening yang dilakukan bersamaan saat klien sedang memeriksakan diri ke Puskesmas/ RS.

Pembahasan: B

86. Seorang perawat peneliti sedang melakukan penelitian tentang perilaku remaja merokok di komunitas sekolah. Peneliti tersebut mengikuti remaja dalam melakukan aktivitas hariannya termasuk saat kumpul bersama sama dengan teman sebayanya yang merokok disela-sela waktu sekolah dan kegiatan sosial. Semua yang terjadi pada remaja tersebut dicatat dalam sebuah catatan milik perawat yg mengikuti siswa tersebut. Apakah Metode pengumpulan data yang digunakan oleh perawat tersebut?

- a. Survei
- b. Case study
- c. Observasi partisipatif
- d. Wawancara mendalam
- e. Observasi tersembunyi

Rasional :

- Survei yaitu metode pengumpulan data dengan pembagian guesioner/ daftar pertanyaan
- Case study merupakan studi mendalam tentang suatu kasus/fenomena
- Observasi partisipatif yakni metode pengumpulan data dimana Observer terlibat langsung dalam kelompok/individu Yg diamati
- Wawancara mendalam merupakan metode pengumpulan data melalui wawancara mendalam.
- Observasi tersembunyi yakni metode pengumpulan data dimana Observer melakukan pengamatan dari jauh.

Pembahasan: C

87. Seorang ibu sedang mengikut proses pemeriksaan di posyandu. Setelah berat badan dan tekanan darahnya ditimbang oleh kader kesehatan posyandu, ibu diarahkan ke meja berikutnya untuk mendengarkan penyuluhan tentang cara mencegah anemia pada kehamilan serta mendapatkan tablet zat besi. Posyandu tersebut menggunakan system 5 meja .Di meja berapakah kegiatan penyuluhan dan pemberian zat besi tersebut dilakukan?

- a. Meja 1
- b. Meja 2
- c. Meja 3
- d. Meja 4
- e. Meja 5

Rasional : Di posyandu terdapat 5 (lima) meja yaitu: 1) pendattaran, 2) pengukuran tinggi badan dan berat badan, 3) pencatatan, 4) penyuluhan gizi, dan 4) pelayanan kesehatan.

Pembahasan: D

88. Data jumlah penderita HIV-AIDS meningkat dua kali lipat dalam setahun terakhir di sebuah wilayahkerja Puskesmas. Hal ini membuat petugas kesehatan membuat program skrining serologis gratis pada kelompok-kelompok beresiko semisal wanita pekerja seks, dan mereka

yang bertatto. Termasuk tindakan pencegahan pada level berapakah skrining yang dilakukan perawat?

- a. Primer
- b. Tersier
- c. Kuratif
- d. Sekunder
- e. Rehabilitatif

Rasional :

- **Pencegahan primer** adalah pencegahan suatu penyakit atau cedera sebelum proses penyakit dimulai. Contoh: Pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan.
- **Pencegahan sekunder** seperti diagnosis dini serta pengobatan tepat. Sasarannya adalah penderita yang dianggap menderita (suspect) & terancam menderita. Tujuannya adalah untuk diagnosis dini & pengobatan lepat (mencegah meluasnya penyakit/ timbulnya wabah & proses penyakit lebih lanjut/ akibat samping & komplikasi).
- **Pencegahan tersier** seperti pencegahan terhadap cacat dan rehabilitasi. Sasarannya adalah penderita penyakit tertentu. Tujuannya ialah mencegah jangan sampai mengalami cacat & bertambah. parahnya penyakit juga kematian dan rehabilitasi (pengembalian kondisi fisik/ medis, mental/ psikologis & sosial, serta melatih kembali, mendidik kembali, dan merehabilitasi pasien yang mengalami disabilitas permanen

Pembahasan: D

89. Perawat komunitas bekerjasama dengan aparat pemerintahan setempat melakukan kegiatan kegiatan yang bertujuan untuk mengurangi jumlah perokok di desa dalam menggalakkan program Desa sehat tanpa rokok. Dukungan paling besar datang dari Kepala desa, Lurah dan Camat yang mengeluarkan peraturan larangan mrokok di dalam rumah dan tempat tempat umum semisal Puskesmas, kantor, Pasar, dan sekolah. Termasuk sasaran tingkat apakah aparat pemerintahan dimaksud?

- a. Primer
- b. Tersier
- c. Sekunder
- d. Komunitas
- e. Group khusus

Rasional :

- **Pencegahan primer** adalah pencegahan suatu penyakit atau cedera sebelum proses penyakit dimulai. Contoh: Pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan.
- **Pencegahan sekunder** seperti diagnosis dini serta pengobatan tepat. Sasarannya adalah penderita yang dianggap menderita (suspect) & terancam menderita. Tujuannya adalah untuk diagnosis dini & pengobatan lepat (mencegah meluasnya penyakit/ timbulnya wabah & proses penyakit lebih lanjut/ akibat samping & komplikasi).
- **Pencegahan tersier** seperti pencegahan terhadap cacat dan rehabilitasi. Sasarannya adalah penderita penyakit tertentu. Tujuannya ialah mencegah jangan sampai mengalami cacat & bertambah. parahnya penyakit juga kematian dan rehabilitasi (pengembalian kondisi fisik/ medis, mental/ psikologis & sosial, serta melatih kembali, mendidik kembali, dan merehabilitasi pasien yang mengalami disabilitas permanen

Pembahasan: B

90. Hasil pengkajian pada sebuah desa didapatkan: 73,7% keluarga tidak memiliki septic tank, 72.1% tempat penampungan air sebagian besar terbuka. Sebagian warga mengatakan tidak memiliki bak mandi. Penampungan air menggunakan ember yang terbuka. Kebiasaan BAB di sungai 65X. Manakah data penting yang harus dikaj: untuk menyelesaikan masalah prioritas pada kasus di atas?

- a. Kader PSN
- b. Lingkungan rumah
- c. Pelayanan Kesehatan
- d. Angka kejadian penyakit
- e. Persepsi warga tentang penyakit

Rasional : Tingginya angka keluarga yang tidak memiliki septik tank merupakan indikasi terjadinya masalah lingkungan yang akan berdampak pada status kesehatan masyarakat sekitar. Data yang belum ada pada kasus ini adalah data mengenai angka kejadian penyakit, sehingga diperlukan data valid agar dapat menyelesaikan masalah secara efektif dan efisien.

Pembahasan: D

91. Hasil pengkajian di sebuah desa, lansia mengalami rematik 46,6%, hipertensi 32%, lansia yg memanfaatkan pelayanan kesehatan hanya 32,74%. Lansia mengkonsumsi gorengan 61,95%, kopi atau teh 59,9%. Hasil wawancara lansia mengatakan jauh ke pelayanan kesehatan untuk memeriksakan diri. Di desa belum ada posyandu lansia. Apa masalah keperawatan dalam kasus di atas?
- a. Defisiensi kesehatan komunitas
 - b. Ketidakefektifan koping komunitas
 - c. Perilaku kesehatan cenderung berisiko
 - d. Ketidakefektifan manajemen Kesehatan
 - e. Ketidakefektifan pemeliharaan Kesehatan

Rasional : Masalah keperawatan yang muncul pada kasus ini adalah adanya defisiensi kesehatan komunitas, dimana angka kejadian penyakit cukup tinggi yang tidak diimbangi penggunaan pelayanan kesehatan oleh masyarakat, serta pola hidup masyarakat khususnya lansia yang jauh dari kata sehat. Hal lain yang menjadi masalah adalah belum adanya posyandu lansia sebagai sarana penyedia layanan terpadu bagi lansia

Pembahasan: A

92. Sebuah RW terdapat 5 ibu hamil. Terdapat 4 ibu hamil yang mengeluh lemah, letih dan lesu 3 ibu hamil mengeluh mual dan muntah, 2 ibu hamil mengeluh pusing 80% ibu hamil tidak mengikuti senam ibu hamil. Terdapat 3 ibu hamil (60%) tidak mengetahui tanda dan bahaya kehamilan. Terdapat 1 ibu hamil yang memiliki riwayat keguguran. Lebih dari setengah jumlah ibu hamil mengatakan tidak mengetahui tanda bahaya kehamilan, tidak mengetahui gizi yang baik untuk kehamilan. Perawatan kehamilan lebih percaya pada dukun bayi daripada bidan. Sebagai besar suaminya berkerja sebagai buruh bangunan di luar kota. Apa masalah yang tepat pada kasus di atas?
- a. Defisiensi kesehatan komunitas
 - b. Ketidakefektifan koping komunitas
 - c. Perilaku kesehatan cenderung berisiko
 - d. Ketidakefektifan manajemen Kesehatan
 - e. Ketidakefektifan pemeliharaan Kesehatan

Rasional : Pada kasus ini bisa kita simpulkan bahwa perilaku kesehatan cenderung berisiko. Hal ini nampak pada keadaan lingkungan yang diantaranya yaitu 80% ibu hamil tidak mengikuti senam ibu hamil. 60% ibu tidak mengetahui tanda dan bahaya kehamilan. Terlebih lagi masyarakat lebih percaya perawatan kehamilan pada dukun dibandingkan tenaga kesehatan.

Pembahasan: C

93. Ada saat posyandu, cakupan kunjungan balita kurang dari 70%. Permasalahan ini sudah lama dirasakan oleh kader kesehatan, karena sulitnya memotivasi ibu-ibu untuk berkunjung ke posyandu. Seorang perawat merencanakan kegiatan pendidikan kesehatan pada ibu-ibu tentang pentingnya mengikuti kegiatan posyandu. Apa langkah awal yang harus dilakukan dalam kegiatan di atas?

- a. Memprioritaskan kebutuhan masyarakat target
- b. Menentukan target dalam pendidikan Kesehatan
- c. Mempresentasikan program posyandu yang kreatif
- d. Menentukan faktor sosial budaya terhadap perilaku Kesehatan
- e. Menentukan pengetahuan dan gaya hidup masyarakat target

Rasional : Langkah awal sebelum melakukan tindakan yaitu melakukan perencanaan terlebih dahulu, dalam perencanaan, salah satunya adalah menentukan target yang ingin dicapai dalam melakukan pendidikan kesehatan, Target utama dalam melakukan Pendidikan kesehatan ini adalah ibu yang memiliki balita.

Pembahasan: B

94. Sebuah Desa memiliki permasalahan semakin bertambahnya penderita TB paru. Data menunjukkan 55% warga tidak mengetahui tentang perawatan TB paru termasuk cara pencegahan penularan. Oleh karena itu perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada warga tentang TB paru. Apa peran yang dilakukan perawat dalam menyelesaikan masalah di atas?

- a. Patient advocate
- b. Patient educator
- c. Care provider
- d. Researcher
- e. Counselor

Rasional : Pada kasus ini anda dapat melihat kata kunci yaitu "tidak mengetahui tentang perawatan TB paru termasuk cara pencegahan penularan" dan "Perawat melakukan pendidikan kesehatan", Hal ini menunjukkan salah satu peran perawat dalam menyelesaikan masalah kesehatan di masyarakat adalah sebagai pendidik atau educator.

Pembahasan: B

95. Sebuah desa memiliki permasalahan terkait penyakit demam berdarah. 3 warga sedang dirawat dikarenakan sakit demam berdarah. Lingkungan sekitar rumah warga banyak tempat genangan air. Perawat akan melaksanakan program promosi kesehatan 3M plus kepada warga. Apa langkah awal yang harus dilakukan dalam pelaksanaan program tersebut?

- a. Pemberdayaan masyarakat
- b. Menjalin masyarakat kerjasama dengan tokoh
- c. Pendekatan dan diskusi dengan pengambil keputusan
- d. Bersama-sama program 3M plus 'warga melaksanakan
- e. Diskusi dengan kader kesehatan tentang program 3M plus

Rasional : Langkah awal yang dapat dilakukan oleh perawat sebelum bersentuhan dengan masyarakat adalah pendekatan dan dengan melakukan diskusi/jejak pendapat bersama pemangku kebijakan di wilayah kerja puskesmas tersebut untuk mencari dan menemukan metode yang tepat dalam masalah di masyarakat

Pembahasan:C

96. Hasil pengkajian di sebuah desa, lansia mengalami hipertensi 32%. Lansia memanfaatkan pelayanan kesehatan hanya 32,74%. Lansia merokok 61,95%, mengkonsumsi kopi atau teh

59,9%. Hasil wawancara lansia mengatakan jauh ke pelayanan kesehatan untuk memeriksakan diri. Di desa belum ada posyandu lansia. Perawat merencanakan kegiatan prevensi primer. Apa kegiatan prevensi primer yang tepat dalam menyelesaikan masalah di atas?

- Melatih semua lansia terapi ketuk
- Pemeriksaan tekanan darah pada lansia
- Melatih lansia yang hipertensi terapi relaksasi
- Pendidikan kesehatan tentang bahaya merokok
- Pendidikan kesehatan tentang hipertensi kepada warga

Rasional : Tingkatan pencegahan ini memelihara keseimbangan yang terdiri dari membantu pencegahan primer, sekunder, dan tersier

- Pencegahan primer yakni terjadi sebelum sistem bereaksi terhadap stressor, meliputi : promosi kesehatan pencegahan primer dan mempertahankan kesehatan. mengutamakan pada penguatan flexible lines of defense dengan cara mencegah stress dan mengurangi faktor-faktor resiko. Intervensi dilakukan jika resiko atau masalah sudah diidentifikasi tapi sebelum reaksi terjadi Strateginya mencakup imunisasi, pendidikan kesehatan. alah raga dan perubahan gaya hidup
- Pencegahan sekunder, meliputi berbagai tindakan yang dimulai setelah ada gejala dari stressor. Pencegahan sekunder mengutamakan pada penguatan internal lines of resistance, mengurangi reaksi dan meningkatkan faktor-faktor resisten sehingga melindungi struktur dasar melalui tindakan-tindakan yang tepat sesuai gejala. Tujuannya adalah untuk memperoleh kestabilan sistem secara optimal dan memelihara energi. Jika pencegahan sekunder tidak berhasil dan rekonstitusi tidak terjadi maka struktur dasar tidak dapat mendukung sistem dan intervensi intervensinya sehingga bisa menyebabkan
- Pencegahan Tersier. Dilakukan setelah Sistem ditangani dengan strategi-strategi pencegahan sekunder. Pencegahan tersier difokuskan pada perbaikan kembali ke arah stabilitas sistem klien secara optimal. Tujuan utamanya adalah untuk memperkuat resistansi terhadap stressor untuk mencegah reaksi timbul kembali atau regresi, sehingga dapat mempertahankan energi. Pencegahan tersier cenderung untuk kembali pada pencegahan primer.

Pembahasan:D

97. Seorang perawat sedang melakukan pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang PHBS di aula kantor desa. Warga yang hadir 35 orang. Setelah penyampaian materi. selanjutnya diskusi. Warga tampak antusias dalam kegiatan tersebut. Apa yang menjadi outcome dari kegiatan di atas?

- Warga melakukan PHBS
- Warga antusias dalam diskusi
- Warga mengetahui tentang PHBS
- Warga merencanakan program PHBS
- Warga mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir

Rasional : Target atau outcome yang ingin dicapai setelah melakukan kegiatan penyuluhan baik itu PHBS, penyuluhan kesehatan lainnya bertujuan agar setelah kegiatan selesai terjadi perubahan perilaku masyarakat untuk dapat mengaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini dapat dilakukan dengan perencanaan yang tepat, metode yang tepat, serta kontrol yang tepat.

Pembahasan:A

98. Sebuah desa memiliki permasalahan pada lansia. 34% lansia mengalami hipertensi, 3,4% diabetes mellitus, 12,5% reumatik. 45% lansia tidak mengikuti kegiatan posyandu lansia. Kader menyatakan bahwa yang banyak mengikuti posyandu lansia adalah perempuan dan alasan lansia tidak mengikuti posyandu karena merasa sehat, jarak posyandu yang jauh dari tempat tinggal. Oleh karena itu perawat merencanakan akan melakukan pemberdayaan pada lansia

untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraannya. langkah apa yang penting dilakukan dalam kegiatan diatas?

- Memberikan harapan dalam perubahan positif
- Pendidikan Kesehatan tentang Kesehatan lansia
- Memotivasi lansia mengikuti posyandu setiap bulan
- Mengidentifikasi masalah yang sedang dihadapi lansia
- Dialog dengan lansia terkait keyakinan tentang Kesehatan

Rasional : Adanya pernyataan "lansia tidak mengikuti posyandu karena merasa sehat" merupakan temuan bahwa perlunya dilakukan dialog sebagai metode untuk pendekatan dan menemukan solusi untuk menyatukan persepsi masyarakat. Langsung memberikan motivasi kepada lansia merupakan tindakan yang kurang efektif tanpa diawali dengan penyamaan persepsi mengenai definisi sehat.

Pembahasan:E

99. Sebuah RW terdapat 5 ibu hamil. Terdapat 4 ibu hamil yang mengeluh lemah, letih dan lesu. 3 ibu hamil mengeluh mual dan muntah, 2 ibu hamil mengeluh pusing. 80% ibu hamil tidak mengikuti senam ibu hamil. Terdapat 3 ibu hamil (60%) tidak mengetahui tanda dan bahaya kehamilan. Terdapat 1 ibu hamil yang memiliki riwayat keguguran lebih dari setengah jumlah ibu hamil mengatakan tidak mengetahui tanda bahaya kehamilan, tidak mengetahui gizi yang baik untuk kehamilan. Perawat merencanakan kegiatan prevensi sekunder. Apa kegiatan prevensi yang tepat dalam menyelesaikan masalah di atas?

- Melatih senam hamil
- Pemeriksaan ibu hamil
- Melakukan perawatan payudara
- Pendidikan kesehatan tentang gizi ibu hamil
- Pendidikan kesehatan tentang tanda bahaya kehamilan

Rasional : Tingkatan pencegahan ini membantu memelihara keseimbangan yang terdiri dari pencegahan primer, sekunder dan tersier.

- Pencegahan primer yakni terjadi sebelum sistem bereaksi terhadap stressor, meliputi: promosi kesehatan dan mempertahankan kesehatan. Pencegahan primer mengutamakan pada penguatan flexible lines of defense dengan cara mencegah stress dan mengurangi faktor-faktor resiko. Intervensi dilakukan jika resiko atau masalah sudah diidentifikasi tapi sebelum reaksi terjadi. Strateginya mencakup imunisasi, pendidikan kesehatan, olah raga dan perubahan gaya hidup.
- Pencegahan sekunder, meliputi berbagai tindakan yang dimulai setelah ada gejala dari stressor. Pencegahan sekunder mengutamakan pada penguatan internal lines of resistance, mengurangi reaksi dan meningkatkan faktor-faktor resisten sehingga melindungi struktur dasar melalui tindakan-tindakan yang tepat sesuai gejala. Tujuannya adalah untuk memperoleh kestabilan sistem memelihara secara optimal dan energi. Jika pencegahan sekunder tidak berhasil dan rekonstitusi hendak terjadi maka struktur dasar tidak dapat mendukung sistem dan intervensi intervensinya sehingga bisa menyebabkan kemandirian.
- Pencegahan Tersier, Dilakukan setelah sistem ditangani dengan strategi-strategi pencegahan sekunder, Pencegahan tersier difokuskan pada perbaikan kembali ke arah stabilitas sistem klien secara optimal. Tujuan utamanya adalah untuk memperkuat resistansi terhadap stressor untuk mencegah reaksi timbul kembali: atau regresi, sehingga dapat mempertahankan energi. Pencegahan tersier cenderung untuk kembali pada pencegahan primer. Pada kasus ini sudah tampak gejala seperti lemah, letih, lesu, muntah, dan pusing pada sebagian masyarakat dalam kasus ini adalah ibu hamil, untuk itu segera lakukan pemeriksaan ibu hamil untuk pengurangan gejala yang ada.

Pembahasan:B

100. Seorang perempuan lansia berusia 57 tahun datang ke poli mata dengan keluhan sejak tiga hari yang lalu bola mata terasa nyeri, pada saat pemeriksaan tekanan intraokuler didapatkan hasil yaitu 22 mmHg. Apa Jenis glukoma yang diderita pasien?

- a. Glukoma absolut
- b. Glukoma sekunder
- c. Glukoma kongenetal
- d. Glukoma sudut terbuka
- e. Glukoma sudut tertutup

Rasional : Jenis Glucoma yang dialami oleh lansia tersebut adalah Primary open angle gaucoma (Glaukoma sudut terbuka). Tipe ini merupakan yang paling umum/sering pada glaukoma dan terutama terjadi pada orang lanjut usia (di atas 5D tahun). Penyebabnya adalah peningkatan tekanan di dalam bola mata yang terjadi secara perlahan-lahan. Rata rata tekanan normal bola mata adalah 14 sampai 16 miliraeter air raksa (mmHg). Tekanan sampai 20 mmHg masih dalam batas normal. Tekanan di atas atau sama dengan 22 mmHg diperkirakan patut dicurigai menderita glaukoma dan memerlukan pemeriksaan lebih lanjut. Tekanan bola mata yang meningkat dapat membahayakan dan menghancurkan sel-sel daripada syaraf/nervus opticus di mata. Begitu terjadinya kehancuran sejumlah sel sel tersebut, suatu keadaan bintik buta (blind spot) mulai terbentuk dalam suatu lapang pandangan.

Pembahasan:D

101. Seorang lansia laki-laki berusia 60 tahun datang ke poli mata dengan keiuhan pandangan kabur, lensa tampak keruh, keluhan ini muncul sejak 1 tahun yang lalu. Diagrose medis katarak. Apakah jenis katarak yang terjadi pada pasien tersebut?

- a. Kongenital
- b. Traumatik
- c. Maturasi
- d. Juvenil
- e. Senil

Rasional : Jenis-jenis katarak menurut (Vaughan, 2000) terbagi atas:

- Katarak terkait usia (katarak senilis) adalah jenis katarak yang paling sering dijumpai, Satu-satunya gejala adalah distorsi penglihatan dan penglihatan yang semakin kabur.
- Katarak congenital yaitu yang terdapat sejak lahir atau segera sesudahnya. Banyak katarak kongenital yang tidak diketahui penyebabnya walaupun mungkin terdapat faktor genetik, yang lain disebabkan oleh penyakit infeksi atau metabolik, atau berkaitan dengan berbagai sindromi.
- Katarak traumatik yaitu paling sering disebabkan oleh cedera benda asing di lensa atau trauma tumpul terhadap bola mata. Lensa menjadi putih segera setelah masuknya benda asing karena lubang pada kapsul tensa menyebabkan humor aqueus dan kadang-kadang korpus vitreum masuk ke dalam struktur lensa.
- Katarak komplikasi adalah katarak sekunder akibat penyakit intraokular pada fisiologi lensa. Katarak biasanya berawal di daerah sub kapsul posterior dan akhirnya mengenai seluruh struktur lensa. Penyakit penyakit intraokular yang sering berkaitan dengan pembentukan katarak adalah uveitis kronik atau rekuren, glaucoma, retinitis pigmentosa dan pelepasan retina.
- Katarak akibat penyakit sistemik yaitu katarak bilateral dapat terjadi karena gangguan-gangguan sistemik berikut: diabetes mellitus, hipoparatiroidisme, distrofi miotonik, dermatitis atropik, galaktosemia, dan syndrome Lowe, Werner atau Down.
- Katarak juvenile yaitu katarak yang lembek dan terdapat pada orang muda yang mulai terbentuk nya pada usia kurang dari 9 tahun dan lebih dari 3 bulan

Pembahasan:E

102. Seorang anak perempuan berumur 6 bulan sedang dirawat di ruang perawatan anak dengan diagnosa demani tifoid. Saat ini perawat sedang melakukan tindakan pengkajian pada fontanel anak tersebut. Manakah hasil yang didapatkan oleh perawat tersebut?

- a. Terbuka
- b. Cekung
- c. Tertutup
- d. Bengkak
- e. Tenggelam

Rasional : Bayi sehat usia 6 bulan memiliki fontanel anterior terbuka dan datar. Normalnya, fontanel tertutup pada usia 9 dan 18 bulan. Fontanel cekung mengindikasikan dehidrasi. Fontanel bengkak sementara tampak ketika bayi menangis dan batuk. Fontanel bengkak persisten mengindikasikan peningkatan tekanan intracranial.

Pembahasan:A

103. Seorang anak berumur 3 tahun di rawat dengan gangguan sistem kardiovaskuler. Dokter meresepkan digoxin (Lanoxin). Sebelum memberikan obat digoxin, perawat harus memeriksa keadaan pasien terlebih dahulu. Apa yang seharusnya diperiksa oleh perawat tersebut?

- a. Level Serum Sodium
- b. Urin output
- c. Berat Badan
- d. Denyut apical
- e. Suhu badan

Rasional : Karena digoxin mampu menurunkan denyut jantung dan gagal jantung, sehingga dapat menyebabkan deficit denyut, oleh karena itu pemeriksaan denyut apical dilakukan sebelum pemberian obat digoxin agar mencegah terjadinya penurunan denyut jantung. Digoxin tidak memberikan efek pada level serum sodium. Pada anak dengan gagal jantung, perawat harus memeriksa urine output dan menghitung berat badan secara rutin, bukan hanya sebelum pemberian obat digoxin.

Pembahasan:B

104. Seorang anak usia pra sekolah datang dengan riwayat muntah dan diare sejak 2 hari yang lalu. Perawat melakukan pemeriksaan tanda-tanda syok pada pasien. Manakah tanda-tanda yang mengindikasikan syok berat?

- a. Urin output 1-2 ml/kg/jam
- b. Kurang nafsu makan
- c. Bradikardi
- d. Takikardi
- e. Menangis

Rasional : Bradikardi merupakan tanda terjadinya syok berat pada anak. Disfungsi kardiovaskuler dan kerusakan fungsi sel menyebabkan menurunnya perfusi jaringan. Penurunan kardiak output terjadi pada syok berat, sirkulasi cairan tidak digantikan. Saraf simpatis memiliki keterbatasan mekanisme kompensasi jika volume cairan tidak digantikan. Takikardi dan iritabilitas terjadi pada fase awal syok, sebagai kompensasinya terjadi peningkatan kardiak output. Urin output normal 1-2 ml/kg/ jam. jika volume kurang dari itu maka terjadi penurunan perfusi di ginjal.

Pembahasan:C

105. Seorang anak perempuan berumur 14 tahun dengan diagnose scoliosis akan mendapatkan Tindakan pemasangan brace (penahan). Ibu anak tersebut nampak cemas dan menanyakan kepada perawat tentang lamanya pemakaian brace tersebut. Apa yang seharusnya dijawabkan oleh perawat?

- a. Sekitar 6-8 minggu

- b. Sekitar 2-4 tahun
- c. Sekitar 4-7 tahun
- d. Sekitar 1 tahun
- e. Sekitar 6 bulan

Rasional : Anak-anak dengan scoliosis harus menggunakan penahan sampai spinal matur (biasanya usia 18-21 tahun). Oleh karena itu anak usia 14 tahun akan membutuhkan penahan spinal sekitar 4-7 tahun.

Pembahasan:C

106. Seorang anak laki-laki berumur 13 tahun datang ke rumah sakit bersama orang tuanya. Seorang perawat melakukan pengkajian pada anak tersebut. Hasil pengkajian didapatkan bahwa anak memiliki riwayat nyeri punggung, kelelahan, dan sesak. Tubuh anak tampak tidak simetris dan dicurigai mengalami scoliosis. Apakah yang pertama kali yang harus dilakukan oleh perawat?
- a. Inspeksi dan auskultasi bunyi jantung
 - b. Menyuruh anak tersebut pulang dan beristirahat
 - c. Menganjurkan anak tersebut untuk X-ray spinal secepatnya
 - d. Menganjurkan kepada Ibu untuk membawa anaknya ke dokter
 - e. Inspeksi ketidakseimbangan bahu atau ketidak seimbangan paha

Rasional : Sebelum menentukan intervensi spesifik, Perawat melakukan pemeriksaan dasar, termasuk melihat ketidak simetrisan bahu dan paha atas. Perawat kemudian akan mampu memeberikan informasi spesifik untuk diberitahukan kepada orang tua.

Pembahasan:E

107. Seorang anak laki-laki berumur 5 tahun dengan status asmaticus telah menjalani perawatan di rumah sakit. Pasien akan segera dipulangkan dengan resep obat prednisone (Deltasone) dan obat lainnya. 2 minggu kemudian, ketika anak tersebut datang untuk check up, perawat menginstuksikan Ibu untuk menurunkan dosis obat prednisone secara berangsur-angsur, yang mana akan diberhentikan ibu bertanya mengapa prednisone harus orentixan. Apa jawaban yang paling tepat?
- a. Steroid akan meningkatkan nafsu makan. menjadi obesitas bila digunakan jangka Panjang
 - b. Anak bisa menjadi hipersensitif terhadap steroid bila pengpunanan berlanjut
 - c. Terapi steroid jangka panjang dapat mengganggu pertumbuhan anak
 - d. Penggunaan dalam jangka panjang bisa membuat anak depresi
 - e. Penggunaan dalam jangka panjang bisa membuat anak stress

Rasional : Steroid dikeluarkan oleh hormone adenocorticotropic dari kelenjar hipofisis, Penghentian produksi hormone endogen dilakukan oleh adrenal cortex. Karena penggunaan dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan retardas pertumbuhan pada anak, oleh karena itu durasi dan dosis dari terapi steroid harus diminimalisir. Steroid juga mampu memberikan efek pada system saraf pusat seperti euphoria, insomnia, dan perubahan mood. Meskipun steroid mampu meningkatkan nafsu makan, hal tersebut tidak dijadikan alasan untuk membatasi penggunaan pada anak.

Pembahasan:C

108. Seorang anak perempuan berusia 15 tahun rmasuk rumah sakit dengan keluhan badan panas dan malas makan sejak 3 hari yang lalu. Klien bertanya tentang kondisinya dan mengatakan kepalanya pusing. Setelah dilakukan pengkajian ditemukan TD: 120/80 mmHg, N: 84 kali/menit, RR: 18 kali/menit, S: 39 C. Apakah masalah utama pada pasien tersebut?

- a. Kurang Pengetahuan
- b. Perubahan Nutrisi
- c. Kecemasan
- d. Hipertermi
- e. Nyeri

Rasional : Daridata menjelaskan bahwa pasien mengeluh demam dengan suhu 39 C (hipertermi). Masalah perubahan nutrisi belum mewakili data objektif bahwa pasien mengalami kekurangan nutrisi.

Pembahasan:D

109. Seorang anak berumur 4 tahun telah menjalani tonsilektomi 4 jam yang lalu Saat ini anak sedang menjalani perawatan di ruang perawatan bedah. Perawat akan melakukan assesmen pada pasien yang beresiko mengalami perdarahan post operasi. Assesmen apa yang menunjukkan kecurigaan terhadap terjadinya perdarahan post operatif?

- a. Wajah pucat
- b. Menolak meminum air
- c. Penurunan denyut jantung
- d. Muntahan berwarna coklat tua
- e. Muntahan berwarna merah segar

Rasional : Emesis mungkin berwarna coklat atau coklat tua setelah operasi. Muntahan berwarna merah segar, hal tersebut merupakan tanda perdarahan. Anak menolak untuk minum air karena bengkak, bukan perharahan. Perdarahan meningkatkan bukan menurunkan denyut jantung.

Pembahasan:E

110. Seorang anak laki-laki berumur 5 tahun dirawat di RS dengan diagnosa demam berdarah dengue. Perawat sedang memberikan Tindakan berupa pemberian obat yang telah diresepkan dokter namun pasien menolak untuk minumn obat tersebut Manakah strategi prioritas yang dilakukan Perawat tersebut?

- a. Mencampur obat dengan susu
- b. Menjelaskan tujuan pemberian Obat dengan detail
- c. Menjelaskan efek obat secara detail agar lebih kooperatif
- d. Membuat anak merasa dipermalukan karena tidak kooperatif
- e. Menunjukkan kemampuan anak pada lebih untuk kepercayaan kooperatif meski dengan prosedur tidak menyenangkan.

Rasional : Perawat harus memperlihatkan kepercayaan dan usaha yang kuat pada kemampuan anak untuk kooperatif meski dengan cara yang tidak meyenangkan. Mencampur obat dengan susu dapat menyebabkan ketidakpercayaan. Perawat sebaiknya menyampaikan penjelasan singkat, tidak perlu detail dan membuat anak mengerti. Membuat anak dipermalukan tidak dianjurkan.

Pembahasan:E

111. Seorang anak perempuan berumur 3 thun dirawat di RS dengan bacterial meningitis. Dalam memenuhi standar rumah sakit yakni pengendalian infeksi, seorang perawat akan melakukan Tindakan pencegahan terjadinya infeksi silang. Apa yang dipersiapkan perawat untuk mengontrol infeksi?

- a. Isolasi ketat
- b. Isolasi respirasi
- c. Rajin cuci tangan

- d. Standar precauhs
- e. Menggunakan gown

Rasional : Karena bakteri meningitis menular melalui droplet dari nasofaring, perawat harus mempersiapkan isolasi respiratori. Termasuk menggunakan gown, sarung tangan saat kontak langsung dengan klien dan memastikan setiap orang yang masuk ke ruangan anak tersebut menggunakan masker. Isolasi protektif tidak diperlukan, hal ini digunakan untuk klien dengan immunosupresan yang memiliki risiko tinggi untuk menularkan infeksi. Cuci tangan yang ketat dan standar precaution tidak cukup untuk klien.

Pembahasan:B

112. Seorang anak berusia 2 tahun dirawat di bangsal anak dengan keluhan sering mengalami sesak sampai kebiruan jika menangis lama, hasil pengkajian menunjukkan pasien tampak pucat kebiruan pada bibir dan ujung ekstremitas. Saat dilakukan pemeriksaan jantung terdapat suara gallop. 88, 10 Kg. TB:100 cm, TD. 100/60 mmHg. RR 40 x/menit, N. 120 x/menit Apakah masalah keperawatan prioritas kasus tersebut?
- a. Gangguan perfusi jaringan perifer
 - b. Kerusakan pertukaran gas
 - c. Penurunan curah jantung
 - d. Pola nafas tidak efektif
 - e. Intoleransi aktifitas

Rasional : Masalah prioritas pada kasus ini terdapat pada keluhan utama yang diderita anak yaitu sesak, tanda lain yang menunjukkan bahwa masalah kebutuhan oksigenasi merupakan prioritas utama adalah sianosis yang dialami anak menandakan tidak adekuatnya pertukaran Oksigen di dalam perut

Pembahasan:B

113. Seorang anak laki-laki usia 8 tahun masuk ke IGD diantar oleh ibunya dengan keluhan: demam sejak 4 hari yang lalu. Hasil pengkajian tampak petekie di kulit, Suhu 38,6°C, N: 100 x/menit, RR: 22 x/menit, trombosit 8×10^9 mm³, hematokrit 47 96, Hemoglobin 12 gr/dl Apakah masalah keperawatan utama pada pasien tersebut?
- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
 - b. Perubahan perfusi jaringan perifer
 - c. Kekurangan volume cairan
 - d. Kerusakan integritas kulit
 - e. Hipertermi

Rasional : Masalah keperawatan utama pada pasien dapat diketahui melalui keluhan utama pasien yaitu demam yang didukung oleh data objektif berupa Suhu tubuh 38,6°C pasien tidak mengalami tanda perdarahan sehingga masalah utama yang diangkat adalah hipertermi.

Pembahasan:E

114. Seorang bayi perempuan, usia 6 bulan masuk rumah sakit dengan keluhan BAB encer 8 kali sejak 1 hari yang lalu. Hasil pengkajian didapatkan kesadaran somnolen, mata dan ubun-ubun sedikit cekung, cubitan kulit perut kembali 5 detik, mukosa bibir kering, N: 126x/ menit dan RR: 32 x/menit. Berapakah skor tingkatan dehidrasi menurut Maurice King pada pasien tersebut?
- a. 6
 - b. 7
 - c. 8

- d. 9
- e. 10

Rasional :

Rasional : Klasifikasi Dehidrasi Menurut Maurice King Score

Bagian yang diperiksa	0	1	2
Keadaan umum	Sehat	Rewel, gelisah ,apatis ,mengantuk	Ngigau/koma/syok
Kekenyalan Kulit	Normal	Sedikit kurang	Sangat kurang
Mata	Normal	Sedikit kurang	Sangat kurang
Ubun-ubun	Normal	Sedikit cekung	Sangat cekung
Mulut	Normal	Kurang	Kering biru
Nadi	Normal	120-140	>140

Keterangan:

Perhitungan skor pasien pada kasus ini adalah kesadaran somnolen = 1; mata = 1; ubun-ubun sedikit cekung = 1; cubitan kulit perut kembali 5 detik = 2; mukosa bibir kering = 1; N: 126 x/ menit = 1. Total nilai skor dehidrasi pada kasus ini adalah 10 tergolong dehidrasi berat.

Pembahasan:E

115. Seorang anak perempuan berusia 1 tahun dibawa oleh orang tuanya ke RS karena mengalaminya pembesaran kepala sejak sebulan lalu, hasil pengkajian didapatkan terdapat sunset sign, kulit dan rambut tampak kotor, pasien belum bisa berjalan, aktivitas fisik hanya di tempat tidur atau digendong orang tuanya, lingkaran kepala 59 cm, berat badan 7,5 kg. Apa masalah keperawatan utama pada kasus di atas?
- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
 - b. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan
 - c. Perubahan perfusi jaringan serebral
 - d. Hambatan mobilitas fisik
 - e. efisit perawatan diri

Rasional : Masalah utama yang dialami pasien adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan, dimana berat badan anak di usia 1 tahun hanya 7.5 kg, anak juga belum mampu berjalan.

Pembahasan:B

116. Seorang anak laki-laki berusia 5 tahun dirawat di ruang perawatan anak dengan keluhan batuk berlendir sejak 1 minggu yang lalu disertai muntah dan penurunan nafsu makan. Dari hasil pengkajian, ditemukan bunyi ronchi pada kedua lobus paru, RR: 40 x/menit, N: 120x/menit dan S: 38,2°C, BB:18 kg. Apakah masalah keperawatan utama yang muncul pada kasus tersebut?
- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
 - b. Bersihan jalan nafas tidak efektif
 - c. Kekurangan volume cairan
 - d. Pola nafas tidak efektif
 - e. Hipertermi

Rasional : Masalah keperawatan utama pada anak tersebut yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif. Hal ini dapat dilihat dari data penunjang yaitu adanya lendir pada saluran pernafasan anak serta frekuensi pernafasan 40 x/ menit.

Pembahasan:B

117. Seorang anak usia 5 tahun dibawa ke rumah sakit oleh ibunya dengan keluhan utama sesak napas disertai batuk berlendir. Pada pemeriksaan fisik terdengar bunyi wheezing, frekuensi napas 34x/menit dan keadaan umum tampak lemah. Hasil pemeriksaan saturasi oksigen 88. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Bersihkan jalan napas tidak efektif
 - Inefektif perfusi jaringan perifer
 - Kerusakan pertukaran gas
 - Pola napas tidak efektif
 - Intoleransi aktivitas

Rasional : Masalah keperawatan utama dapat dilihat dari data yang tersaji dalam soal, terutama pada keluhan utama klien, di mana keluhan utama adalah batuk berlendir. Pilihan yang paling tepat adalah A.

Pembahasan:A

118. Seorang laki-laki berumur 41 tahun dirawat di RS Jiwa. Klien sedang mengamuk, teman sekamarnya klien mendapat pukulan di wajah. Klien berteriak, ekspresi wajah tegang, mata merah dan melotot. Apa intervensi yang tepat untuk kasus di atas?
- Restrain
 - Psikofarmaka
 - Terapi suportif
 - Terapi Lingkungan
 - Terapi Aktivitas Kelompok

Rasional : Tindakan yang paling tepat pada kondisi klien yang sedang mengamuk adalah melakukan restrain atau pengikatan. Tindakan ini bertujuan untuk menghindari korban pemukulan yang dilakukan klien.

Pembahasan:A

119. Seorang perempuan berumur 35 tahun dirawat di RSJ dengan halusinasi pendengaran. Ketika perawat sedang melakukan interaksi, klien menanyakan apakah perawat percaya tentang hal yang didengar oleh pasien. Perawat menjawab bahwa ia percaya klien mengalami hal tersebut, namun ia tidak mendengarnya. Apakah tindakan yang dilakukan perawat tersebut?
- Menyampaikan tujuan
 - Mengalihkan perhatian
 - Menyudutkan
 - Memvalidasi
 - Menghardik

Rasional : Klien dengan diagnosa halusinasi pendengaran akan merasa bahwa suara yang didengarnya adalah benar. Saat mendengarkan pernyataan klien mengenai suara yang didengarnya, perawat terlebih dulu mendengarkan pernyataan klien dengan penuh perhatian kemudian memvalidasi bahwa yang didengar klien itu tidak didengar oleh perawat. Fokus pada tindakan yang dilakukan perawat. Tindakan ini merupakan tindakan memvalidasi pernyataan klien. Pilihan A, C dan E dapat anda hilangkan terlebih dahulu. Pilihan yang tersisa akan memudahkan anda memilih jawaban yang paling tepat.

Pembahasan:D

120. Seorang perempuan berumur 24 tahun dirawat di RS jiwa dengan diagnose resiko bunuh diri. Perawat akan melakukan Asuhan Keperawatan dalam bentuk Strategi Pelaksanaan pertama. Sambil berbincang perawat mengidentifikasi benda berbahaya di sekitar klien. Apakah tindakan selanjutnya yang harus dilakukan perawat berdasarkan SPIP?
- Melakukan kontrak treatment
 - Melatih cara mengendalikan dorongan bunuh diri
 - Mengajarkan cara-cara mengendalikan dorongan bunuh diri
 - Mengamankan benda-benda yang dapat membahayakan klien
 - Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan klien

Rasional : Dalam SPIP (Strategi Pelaksanaan | pasien) yang meliputi fase orientasi, kerja dan evaluasi. Mencakup komponen berikut:

- Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan pasien
- Mengamankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien
- Melakukan kontrak treatment
- Mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri
- Melatih cara mengendalikan bunuh diri

Setelah mengobservasi benda berbahaya di sekitar klien, tindakan selanjutnya jika menemukan benda berbahaya segera amankan dan hindarkan dari jangkauan klien.

Pembahasan:D

121. Seorang laki-laki berumur 30 tahun dirawat di RSJ karena sering marah-marah dan mengamuk. Saat ini klien sudah perawatan hari ke tujuh. Keluarga klien sudah tahu cara merawat klien di rumah. Menurut keluarga bahwa klien sudah mampu memotivasi dirinya sendiri untuk mengontrol perilaku kekerasannya. Apakah indikator keberhasilan Asuhan Keperawatan yang dilakukan keluarga?
- Keluarga mampu menangani masalah marah
 - Keluarga mampu menangani perilaku kekerasan
 - Keluarga mampu menangani masalah koping tidak efektif
 - Keluarga mampu menangani masalah keperawatan mental
 - Keluarga mampu menangani masalah riwayat penyebab, tanda, dan gejala.

Pembahasan:D Keluarga mampu menangani masalah keperawatan mental

122. Seorang perempuan berumur 41 tahun, dirawat di Rumah Sakit Umum pasca amputasi kaki kiri. Hasil observasi didapatkan klien tampak murung dan cenderung menyendiri. Saat ditanyakan, klien tersebut mengatakan bahwa ia malu dengan kondisinya saat ini dan tidak ingin pulang ke rumah, ia juga merasa ndak bisa melakukan apa-apa lagi. Apakah prinsip untuk tindakan pada kasus d atas?
- Melindungi klien
 - Menggali perasaan klien
 - Meningkatkan harga diri klien
 - Menguatkan mekanisme koping klien
 - Memberikan supportiterapi pada klien

Rasional : Klien dengan kondisi murung dan menyendiri merupakan gejala HDR (Harga diri rendah). gejala subjektif yang muncul yaitu malu, tidak berharga dan ingin mengakhiri hidup merupakan pernyataan bahwa klien butuh seseorang yang bisa mendengarkan semua yang dirasakan. Peran perawat disini yaitu untuk menggali perasaan klien sehingga terjalin hubungan yang jelas antar perawat pasien. Soal jenis seperti ini membutuhkan daya analisis anda untuk menjawab dengan

tepat. Pilihan A, C, D, dan E dapat dilakukan setelah klien merasa nyaman dengan kehadiran perawat, untuk menumbuhkan kenyamanan klien, perawat harus mampu menjalin kedekatan terhadap klien salah satunya dengan cara menggali apa yang dirasakan klien.

Pembahasan:B

123. Seorang laki-laki berumur 47 tahun masuk ke UGD RS Jiwa dengan kondisi marah-marah dan mengamuk. Mata pasien tampak melotot dan berteriak sambil mengepalkan tangan. Beberapa perawat segera mengambil tindakan untuk memasang restrain pada pasien tersebut. Manakah hal paling utama saat pemasangan restrain?

- a. Memastikan pasien nyaman dan ikatannya baik.
- b. Selalu mengikatkan tali restrain pada bingkai tempat tidur
- c. Memastikan kondisi restrain yang aman dan bebas dari benda-benda yang berbahaya
- d. Lakukan pendekatan tim yang terorganisir dan efisien dalam pengambilan keputusan
- e. Mintalah bantuan lima anggota staf, empat untuk setiap sisi tubuh dan satu untuk kepala

Rasional : Petugas departemen darurat harus melakukan pendekatan tim terorganisir saat menahan klien kekerasan sehingga tidak ada yang terluka dalam prosesnya. Pemimpin yang berada di kepala klien, harus bertanggung jawab, empat anggota staf diharuskan menahan dan menahan anggota badan. Untuk alasan keamanan, pengekangan harus diikat ke bingkai tempat tidur. Untuk pelepasan cepat, loop harus digunakan sebagai ganti simpul

Pembahasan:D

124. Seorang perempuan berumur 29 tahun masuk ke RS jiwa dengan diagnose skizofrenia paranoid hari pertama. Saat ini perawat sedang melakukan pengkajian terhadap status mental klien. Apa yang harus dinilai oleh perawat terhadap klien?

- a. Proses berpikir, persepsi, dan fungsi eksekutif
- b. Proses komunikasi verbal dan non verbal
- c. Penampilan, emosi, dan kebiasaan
- d. Respon dan perilaku klien
- e. Aktivitas psikomotor

Rasional : Dalam proses keperawatan metode penilaian status mental pasien terbagi menjadi 3 yaitu observasi, percakapan, dan eksplorasi. Observasi meliputi penampilan, kesadaran dan perilaku psikomotor. Percakapan meliputi perhatian dan konsentrasi, bicara dan pikiran, orientasi, memori dan afek. Eksplorasi meliputi mood, energi, persepsi, isi pikiran, gejala somatik yang tidak dapat dijelaskan secara medik, konversi, disosiasi, fungsi eksekutif, insight dan penilaian. Meskipun menilai proses komunikasi, respon, perilaku dan aktivitas psikomotor akan mengungkapkan informasi penting mengenai kondisi klien, perawat harus berkonsentrasi untuk menentukan apakah klien berhalusinasi dengan menilai proses pemikiran dan kemampuan pengambilan keputusan

Pembahasan:A

125. Seorang laki-laki berumur 34 tahun dirawat di RS Jiwa dengan gangguan waham. Saat pengkajian yang dilakukan oleh perawat, pasien meyakini bahwa dirinya sendiri dan pohon sudah tidak ada di dunia. Apakah jenis gangguan waham yang dialami pasien?

- a. Waham baca
- b. Waham somatic
- c. Waham nihilistic
- d. Wahap persekusi
- e. Waham sisip piker

Rasional : Waham nihilistik adalah meyakini bahwa dirinya sendiri, seseorang atau benda tertentu di dunia ini ndak ada lagi atau tidak nyata. Waham somatik adalah meyakini bahwa tubuhnya telah berubah, sakit ataupun tidak normal lagi. Waham persekusi adalah meyakini bahwa dirinya sedang terancam, diawasi, atau diracuni sehingga ia selalu merasa curiga terhadap lingkungan sekitarnya. Waham sisip pikir adalah meyakini bahwa ada yang sedang merasuki pikirannya Waham baca pikiran adalah meyakini bahwa pikirannya sedang dibaca orang lain.

Pembahasan:C

126. Seorang klien terlihat mengamuk di ruang perawatan dan ia berteriak-teriak akan memukul rekannya. Perawat mengambil keputusan untuk tindakan pemasangan restraint. Setelah restraint terpasang kepada klien seberapa sering perawat harus memeriksa sirkulasi klien?

- a. Setiap 2 jam
- b. Sekali tiap jam
- c. Sekali tiap shift
- d. Setiap 15 menit
- e. Setiap 30 menit

Rasional : Peredaran darah serta kerusakan kulit dan saraf bisa terjadi dalam waktu 15 menit. Memeriksa setiap 30 menit, jam, 2 jam atau 8 jam ndak cukup sering dan bisa mengakibatkan kerusakan permanen pada ekstremitas dar. sirkulasi darah klien Restrained harus dilepas setiap 2 jam dan rentang latihan gerak harus dilakukan

Pembahasan:D

127. Seorang laki-laki masuk ke UGD dengan keluhan mual, muntah, dan BAB encer. Saat dilakukan pemeriksaan perawat mengamati terjadi peningkatan suhu tubuh, piloereksi, peningkatan lakrimasi, dan rhinorea. Perawat menilai klien dengan riwayat penyalahgunaan zat secara meluas. Apa jenis zat yang telah dikonsumsi pasien?

- a. Opioid
- b. Alkohol
- c. Cocaine
- d. Pencyclidine
- e. Amphetamine

Rasional : Gejala khas ketergantungan opioid meliputi demam, piloereksi, mual, muntah, kram perut, lakrimasi, dan rhinorea. Perawat harus waspada terhadap gejala ketergantungan opioid karena risiko penyalahgunaan opioid, seperti heroin dan hidroksid. Gejala alkohol meliputi takikardi, disorientasi, kebingungan, agitasi, dan ketidakmampuan tidur. Gejala kokain termasuk depresi dengan kemungkinan keinginan bunuh diri, gangguan tidur, konsentrasi buruk. Gejala amfetamin mirip dengan kokain tapi tidak diucapkan. PCP memiliki efek kuat pada sistem saraf mengubah fungsi persepsi (halusinasi, delusi, pemikiran delirium atau bingung), fungsi motorik (kiprah goyah, kehilangan koordinasi, dan gerakan mata terganggu atau nistagmus) dan regulasi sistem saraf otonom (detak jantung yang cepat, pengaturan suhu yang berubah). Obat ini telah dikenal untuk mengubah mood dengan cara yang tak terduga.

Pembahasan:A

128. Seorang klien di lokasi pengungsian pasca bencana gempa bumi kehilangan rumah dan barang berharga miliknya memberitahu perawat yang berada di posko kesehatan bahwa dia merasa lebih sulit untuk merasakan apapun. Dia juga mengatakan bahwa dia tidak bisa berkonsentrasi pada tugas yang paling sederhana, ketakutan kehilangan kembali, dan

memikirkan gempa tanpa henti. Dia menjadi sangat cemas ketika kejadian gempa tersebut. Apa gejala yang dialami oleh klien tersebut?

- a. Gangguan cemas
- b. Gangguan psikomatik
- c. Gangguan kepribadian
- d. Gangguan penyesuaian
- e. Gangguan stres pascatrauma

Rasional : Gangguan stress pascatrauma adalah kondisi kejiwaan yang dipicu oleh kejadian tragis yang pernah dialami. Contoh kecelakaan, bencana alam, tindak kejahatan pemerkosaan, atau pengalaman di medan perang. Gangguan 'cemas adalah gangguan kejiwaan dimana penderita mengalami kecemasan yang berlebihan dan mempengaruhi hidup normal orang di sekitarnya. Gangguan kepribadian adalah suatu kondisi dimana penderitanya memiliki pola pikir dan perilaku yang tidak sehat dan berbeda dari orang biasanya, selain pola pikir penderitanya juga sulit memahami, merasakan, atau berinteraksi dengan orang lain. Gangguan penyesuaian adalah gangguan jiwa dimana penderita mengalami stress. bahkan cemas yang dapat mempengaruhi aktivitasnya sehari.

Pembahasan:E

129. Seorang perempuan masuk ke UGD RS Jiwa dengan keluhan gemetar dan mual saat bepergian sendiri di luar rumahnya. Gejala-gejala ini sangat membatasi kemampuannya untuk berfungsi dan menyebabkannya menghindari meninggalkan rumah jika memungkinkan. Apa gangguan yang dialami klien dari gejala tersebut?

- a. Aerophobia
- b. Hodophobia
- c. Agoraphobia
- d. Hydrophobia
- e. Thanatophobia

Rasional : Agoraphobia adalah fobia, jenis gangguan kecemasan dimana penderitanya akan menghindari berbagai situasi yang mungkin menyebabkan panik. Penderita tidak mau meninggalkan rumah karena saat berada di luar rumah mereka terjebak dan malu jika terjadi serangan kepanikan. Biasanya disertai gejala fisik, seperti palpitasi, gemetar, mual dan sesak napas. Thanatophobia adalah ketakutan akan kematian. Aerophobia adalah ketakutan di udara. Hodophobia adalah ketakutan untuk bepergian. Hydrophobia adalah ketakutan dengan air.

Pembahasan:C

130. Seorang laki-laki berumur 35 tahun sedang mendapatkan tindakan pengkajian yang dilakukan oleh perawat. Saat perawat memberikan tanggapan dan saran kepada pasien, pasien marah dan merasa tersinggung dengan ucapan perawat. Perawat mengakui hal ini sebagai mekanisme pertahanan. Apa mekanisme pertahanan yang dialami pasien tersebut?

- a. Repression
- b. Introjection
- c. Dissociation
- d. Displacement
- e. Rationalization

Rasional : Displacement adalah mekanisme pertahanan dimana klien mentransfer perasaan emosinya kepada satu orang terhadap orang lain yang kurang mengancam. Rasionalisasi adalah mekanisme pertahanan di mana klien membuat penggambaran untuk membenarkan perasaan atau perilaku yang tidak dapat diterima. Repression ditandai dengan secara tidak sadar seseorang yang

menekan pikiran yang tidak sesuai yang keluar dari alam sadar ke alam sadar dari pengalaman yang tidak menyenangkan dari kesadaran seseorang. Introjection adalah proses dimana seseorang mengambil ke dalam struktur egonya sendiri, semua atau sebagian dari kepribadiannya sendiri. Dissociation adalah keadaan yang menyakitkan karena putus. Mekanisme ini dimana suatu kumpulan proses-proses mental dipisahkan dari kesadaran dengan bekerja secara otomatis.

Pembahasan:D

131. Seorang perawat yang bertugas di ruang rawat inap RS Jiwa akan melakukan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) pada pasien dengan gangguan halusinasi pendengaran. Dalam pelaksanaan TAK, perawat telah berhasil melakukan pengenalan halusinasi dan teknik menghardik. Apakah tindakan sesi selanjutnya yang akan dilakukan pada TAK tersebut?
- Perawat menganjurkan berbincang dengan orang lain
 - Perawat menganjurkan melakukan kegiatan terjadwal
 - Perawat mengajarkan cara menghardik halusinasi
 - Perawat menganjurkan minum obat secara teratur
 - Perawat mengajarkan cara mengenal halusinasi

Rasional : Cara penanganan klien dengan halusinasi adalah dengan mengajarkan teknik menghardik yang sebelumnya diajarkan cara mengidentifikasi halusinasi, setelah klien mampu melakukan teknik ini selanjutnya klien diajarkan untuk berbincang kepada teman atau perawat jika terjadi halusinasi untuk mengalihkan perhatian halusinasi tersebut.

Pembahasan:A

132. Seorang perempuan berumur 19 tahun dirawat di ruang gawat darurat setelah menjadi korban pelecehan seksual 5 jam lalu. Perawat mencatat bahwa klien hanya duduk dengan tenang dan diam di ruang pemeriksaan. Manakah mekanisme pertahanan diri yang ditunjukkan oleh pasien tersebut?
- Denial
 - Regression
 - Sublimation
 - Displacement
 - Intellectualization.

Rasional : Denial adalah reaksi protektif dan adaptif untuk meningkatkan kecemasan, atau mekanisme pertahanan psikologis yang membantu seseorang menghindari kebenaran yang berpotensi menimbulkan kesedihan. Respon ini sering terlihat pada korban pelecehan seksual. Dalam intelektualisasi, klien berusaha menghindari ekspresi emosi yang terkait dengan situasi stress menggunakan logika, analisis dan penalaran. Ketika klien menggunakan regresi, dia beralih ke tingkat perkembangan sebelumnya sebagai respons terhadap stres. Dengan displacement, klien mengalihkan perasaannya kepada satu orang terhadap orang lain yang kurang mengancam. Sublimasi adalah proses dengan kehendak yang tidak dapat diterima, disalurkan menjadi aktivitas yang memiliki nilai sosial yang tinggi.

Pembahasan:A

133. Seorang laki-laki berumur 43 tahun dirawat di ruang rawat RS jiwa, hasil pengkajian didapatkan data bahwa kondisi rambut acak-acakan, kuku panjang dan hitam, apatis, sedih, efek tumpul, komunikasi verbal turun, menyendiri dan kurang peka terhadap lingkungan. Apakah masalah keperawatan dari kasus tersebut?
- Gangguan identitas pribadi
 - Hambatan interaksi sosial

- c. Isolasi sosial menarik diri
- d. Harga diri rendah
- e. Ansietas

Rasional : Tanda-tanda menarik diri dilihat dari beberapa aspek :

- Aspek fisik Makan dan minum kurang, tidur kurang atau terganggu, penampilan diri kurang, dan keberanian kurang.
- Aspek emosi: Bicara tidak jelas, merengek, menangis seperti anak kecil, merasa malu, bersalah, mudah panik dan tiba-tiba marah
- Aspek sosial: Duduk menyendiri, selalu tunduk, tampak melamun, tidak peduli lingkungan, menghindari dari orang lain, tergantung dari orang lain
- Aspek intelektual: Putus asa, merasa sendiri, tidak ada sakongan, kurang percaya diri Fokus pada tanda dan gejala yang muncul pada klien, terutama dengan data 'menyendir' Data ini mengindikasikan bahwa klien mengalami gangguan isolasi sosial. Anda dapat mengeliminasi pilihan A, D, dan E terlebih dahulu. Sisa pilihan yang ada perhatikan kembali data yang ada pada klien maka anda akan memilih jawaban yang tepat

Pembahasan:C

134. Seorang laki-laki berusia 40 tahun dirawat di RS Jiwa, saat dikaji pasien mengatakan masih mendengar suara yang menyuruhnya memukul orang lain, yang sering datang 5 kali dalam sehari. Berdasarkan observasi, pasien sering menutup telinganya dan kadang berteriak ketakutan. Perawat berusaha mengontrolnya dengan berkata "bila suara yang bapak dengar itu datang lagi, bapak bisa mencoba cara yang saya ajarkan ini, yaitu bapak bisa menghardik atau berkata tidak pada halusinasi dengan cara tutup telinga bapak lalu bilang: pergi... pergi kamu...kamu tidak nyata....kamu suara palsu...!". Strategi pelaksanaan (SP) berapakah yang diajarkan oleh perawat kepada pasien?
- a. SP1
 - b. SP2
 - c. SP3
 - d. SP4
 - e. SP5

Rasional : Strategi Pelaksanaan pada pasien halusinasi terbagi menjadi 4 yaitu:

- SP 1 Pasien: membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi
- SP2 Pasien: Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua: bercakap. cakap dengan orang lain
- SP3 Pasien: Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: melaksanakan aktivitas terjadwal
- SP 4 Pasien: Melatih pasien menggunakan obat secara teratur

Pembahasan:A

135. Seorang perempuan berumur 25 tahun dirawat di ruang nifas hari ketiga. Perawat sedang melakukan pengkajian sehingga didapatkan data bahwa pasien mengeluh nyeri di sekitar perineum, nyeri sangat dirasakan saat bergerak dengan skala 6, terdapat 6 jahitan," pasien tidak mau menyusui bayinya, tampak darah masih cukup banyak yang keluar, 3 kali ganti pembalut setiap hari, TD 100/70mmHg, RR: 20 kali/menit, S: 38°C, N: 68 x/menit. Apakah tindakan keperawatan utama untuk kasus di atas?
- a. Terapi relaksasi
 - b. Pemberian obat analgetik

- c. Menjaga kebersihan perineum
- d. Memberi cairan secara adekuat
- e. Memberi pendidikan Kesehatan post partum

Rasional : Kasus pada soal menunjukkan bahwa pasien mengalami nyeri yang harus segera dikurangi kualitas nyerinya dengan cara memberikan obat analgetic
Pembahasan:B

136. Seorang perempuan berumur 21 tahun datang ke klinik bersalin untuk memeriksakan kehamilannya. Dari hasil pemeriksaan didapatkan data bahwa klien memiliki jenis panggul gynecoid. Apa karakteristik panggul jenis ini?
- a. Sulit dalam proses persalinan
 - b. Jenis panggul yang tidak normal bagi perempuan
 - c. Merupakan panggul lebar dengan diameter yang pendek
 - d. Merupakan jenis panggul yang disukai untuk proses persalinan
 - e. Merupakan jenis panggul yang tidak disukai untuk proses persalinan

Rasional : Panggul oynecoid merupakan jenis panggul yang paling baik untuk perempuan. Bentuk pintu atas panggul hampir bulat. Diameter anteroposterior sama dengan diameter transversa bulat. Jenis ini ditemukan pada 45% wanita.
Pembahasan:D

137. Seorang perempuan berumur 31 tahun datang memeriksakan kehamilan ke pertamanya di klinik bersalin, dari hasil pemeriksaan didapatkan data bahwa pasien sering merasa mual di pagi hari dan membuat nafsu makan menurun, merasa mudah lelah. Apakah intervensi paling tepat untuk diberikan pada pasien?
- a. Penyuluhan tentang nutrisi dan aktivitas
 - b. Dukungan emosional dan sosial
 - c. Mengajarkan perawatan diri
 - d. Postur dan mekanik tubuh
 - e. Memberi imunisasi

Rasional : gejala yang dialami klien normal terjadi pada ibu hamil terutama pada trimester I. Namun, hal ini akan berpengaruh pada kebutuhan nutrisi pada ibu hamil dan akan berpengaruh buruk pada kondisi janin jika tidak teratasi dengan baik. Solusi untuk mencegah terjadinya masalah adalah memberikan penyuluhan tentang nutrisi dan aktivitas.
Pembahasan:A

138. Seorang perempuan umur 20 tahun dengan usia kehamilan 32 minggu sedang mendapatkan pemeriksaan Leopold I sampai dengan IV yang dilakukan oleh seorang perawat maternitas. Apakah tujuan dari pemeriksaan Leopold II?
- a. Menentukan bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri
 - b. Menentukan bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri
 - c. Menentukan TFU dan presentasi bagian atas
 - d. Menentukan presentasi janin bagian bawah
 - e. Menentukan posisi janin pada kedua sisi

Rasional : Leopold II bertujuan untuk menentukan dan mengetahui posisi bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus, pada letak lintang tentukan di mana kepala janin.
Pembahasan:E

139. Seorang ibu umur 29 tahun, baru saja melahirkan bayi laki-laki dengan kondisi menangis lemah dan warna kulit nampak merah muda. Bayi batuk setelah diberi rangsangan, gerak dari bayi tersebut terlihat aktif, hasil pemeriksaan denyut nadi yaitu 92 kali/menit. Berapakah nilai Apgar Score pada bayi tersebut?
- 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10

Rasional : Leopold II bertujuan untuk menentukan dan mengetahui posisi bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus, pada letak lintang tentukan di mana kepala janin.

A	P	G	A	R
Appearance (warna kulit)	Pulse (denyut jantung)	Grimace (respon refleks)	Activity (tonus otot)	Respiration (pernapasan)
0: Seluruh tubuh bayi berwarna kebiru-biruan atau pucat	0: Denyut jantung tidak ada	0: Tidak ada respon terhadap stimulasi	0: Lemah, tidak ada gerakan	0: Tidak bernapas
1: Warna kulit tubuh normal, tetapi tangan dan kaki berwarna kebiruan	1: Denyut jantung kurang dari 100 kali per menit	1: Wajah menengis saat distimulasi	1: Lengan dan kaki dalam posisi fleksi dengan sedikit gerakan	1: Menangis lemah, terdengar seperti merintih, pernapasan lambat dan tidak teratur
2: Warna kulit seluruh tubuh normal merah muda	2: Denyut jantung lebih dari 100 kali per menit	2: Meringis, menarik, batuk, atau bersin saat stimulasi	2: Bergerak aktif dan spontan	2: Menangis kuat, pernapasan baik dan teratur

0-3: Asfiksia berat. Pada kasus ini bayi memerlukan perawatan yang lebih intensif dan memerlukan alat bantu pernafasan agar tidak terjadi gagal nafas atau henti nafas.

4-6: Asfiksia ringan. Pada kasus ini bayi hanya membutuhkan tindakan pertolongan ringan, seperti membersihkan lendir yang menutupi jalan pernafasan, bayi.

7 – 10: Normal. Pada keadaan ini bayi lahir dengan score APGAR normal, itu berarti bayi ibu sehat.

Dengan menggunakan Skor APGAR, menilai bayi dengan cepat dapat dilakukan secara akurat oleh tenaga kesehatan. Menangis lemah = 1 Nadi 92 kali/menit = 1 Kulit merah muda = 2

Gerak aktif : 2 Batuk setelah diberi rangsangan = 2. Total APGAR Score = 8 (Normal)

Pembahasan:C

140. Seorang perempuan, berumur 22 tahun, dirawat di ruang nifas, post partum hari kedua, mengeluh nyeri di daerah luka pada perineum, terdapat 4 jahitan, nyeri sangat dirasakan saat bergerak dengan skala 6, klien nampak berbaring, belum mampu menggendong dan menyusui bayinya, konjungtiva agak pucat. klien mengatakan darah masih cukup banyak yang keluar, 4 kali ganti pembalut setiap hari, TD 110/70mmHg, Hb 9,8 gr X Apakah masalah keperawatan utama untuk kasus di atas?
- Nyeri
 - Resiko infeksi
 - Gangguan pola tidur
 - Defisit volume cairan

e. Resiko syok hipovolemik

Rasional: postpartum merupakan kondisi dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu 42 hari setelah itu hingga organ kembali normal pada kondisi dan yang masih dirawat di RS, kenyamanan dan tanda-tanda bahaya selalu dipantau oleh perawat. Salah satu kenyamanan klien yang dipantau adalah tingkat nyeri pada daerah perineum akibat bekas jahitan. Darah yang keluar pada fase ini disebut lochea rubra dan kondisi ini normal pasca persalinan selama jumlahnya dalam batas normal dan berlangsung hingga 2 hari saja. Fokuslah pada keluhan utama klien yaitu nyeri skala 6, ini termasuk skala nyeri sedang mendekati berat. Data lain yang tersaji dalam soal mengindikasikan keadaan yang masih wajar pada klien.

Pembahasan:A

141. Seorang perempuan umur 24 tahun, masuk dengan G2P1A1, post partum hari ke 3 mengatakan belum bisa memberikan ASI pada bayinya. Hasil pemeriksaan didapatkan payudara lembek, puting susu datar, ibu nampak agak pucat, nampak kurus, menurut klien selama hamil hanya sekali periksa ke posyandu. Apakah penyebab yang paling mungkin belum terbentuknya ASI pada kasus di atas?

- a. Gizi kurang
- b. Pernikahan dini
- c. Kurang pengetahuan
- d. Tidak melakukan inisiasi dini
- e. Support dari tenaga kesehatan yang tidak optimal

Rasional: Setiap ibu menyusui memerlukan gizi seimbang sesuai dengan kebutuhannya. Keadaan ini dipengaruhi oleh umur bayi atau anak yang disusui. Pada ibu menyusui terjadi peningkatan kebutuhan zat gizi. Hal ini disebabkan karena zat gizi selain dibutuhkan untuk ibu sendiri, juga untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, untuk itu diperlukan gizi yang cukup, baik jumlah maupun macamnya. Gizi pada ibu menyusui sangat erat kaitannya dengan produksi air susu, yang sangat dibutuhkan untuk tumbuh kembang bayi. Bila pemberian ASI berhasil baik, maka berat badan bayi akan meningkat, integritas kulit baik, tanus otot serta kebiasaan makan yang memuaskan.

Pembahasan:A

142. Seorang perempuan umur 23 tahun dengan usia kehamilan 38 minggu masuk ke UGD RS bersalin dengan keluhan perut mulas yang semakin sering, hasil pemeriksaan: TD 110/70 mmHg, respirasi 24x/menit, TFU 30 cm, kepala sudah masuk 2/5, hasil VT: Porto hpis lunak, pembukaan serviks 4 cm, selaput ketuban masih utuh, presentasi kepala. penurunan di H-III. Manakah fase yang paling mungkin pada inpartu kala I?

- a. Laten
- b. Aktif
- c. Aktif akselerasi
- d. Aktif deselerasi
- e. Dilatasi maksimal.

Rasional: Persalinan adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan serviks lengkap. Terdapat 2 fase pada Kala I ini, yaitu.

- Fase laten: Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Pembukaan serviks kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung di bawah hingga 8 jam.
- Fase aktif: Frekuensi dan lama kontraksi: uterus utrumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), serviks membuka dari 4 ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan |

cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm), terjadi penurunan bagian terbawah janin Fase aktif terbagi atas

- Fase akselerasi (sekitar 2jam).
- pembukaan 3 cmsampai 4cm.
- Fase dilatasi maksimal (sekitar 2 jam). pembukaan 4 cm sampai 9 cm.
- Fase deselerasi (sekitar 7 jam). pembukaan 9 cm sampai lengkap (10 cm)

Soal jenis ini termasuk kategori sulit. namun tidak menutup kemungkinan untuk dijawab dengan benar jika anda benar-benar memaharni konsep persalinan kala I. Fokuslah pada data yang tersaji. dalam soal kemudian ingat mengenai konsep persalinan kala I. Maka anda akan diarahkan pada jawaban yang paling tepat.

Pembahasan:C

143. Seorang ibu umur 23 tahun G1POA0, datang ke Puskesmas untuk memeriksakan kehamilan, dari hasil anamnese usia kehamilan ibu telah memasuki trimester ke 2 dan ibu merasa senang dengan kehamilannya, dan menanyakan waktu melahirkan. HPHT tanggal 16 Juni 2021. Kapanakah taksiran partus pada ibu tersebut?

- 07 Februari 2022
- 23 Januari 2022
- 23 Maret 2022
- 23 April 2022
- 29 Mei 2022

Rasional : Menghitung taksiran partus dapat menggunakan Rumus Neagle Penggunaan rumus Neagle ini cukup mudah. Dengan menambahkan tanggal pertama dari haid terakhir dengan angka 7, mengurangi bulan pertama haid terakhir dengan 3, dan menambahkan tahunnya dengan angka 1. HPHT ibu yaitu 16 Juni 2021 maka taksiran partusnya adalah

DD = 16+7= 23

MMG (Juni)-3= 3 (Maret)

YYYY 2021 +1 = 2022

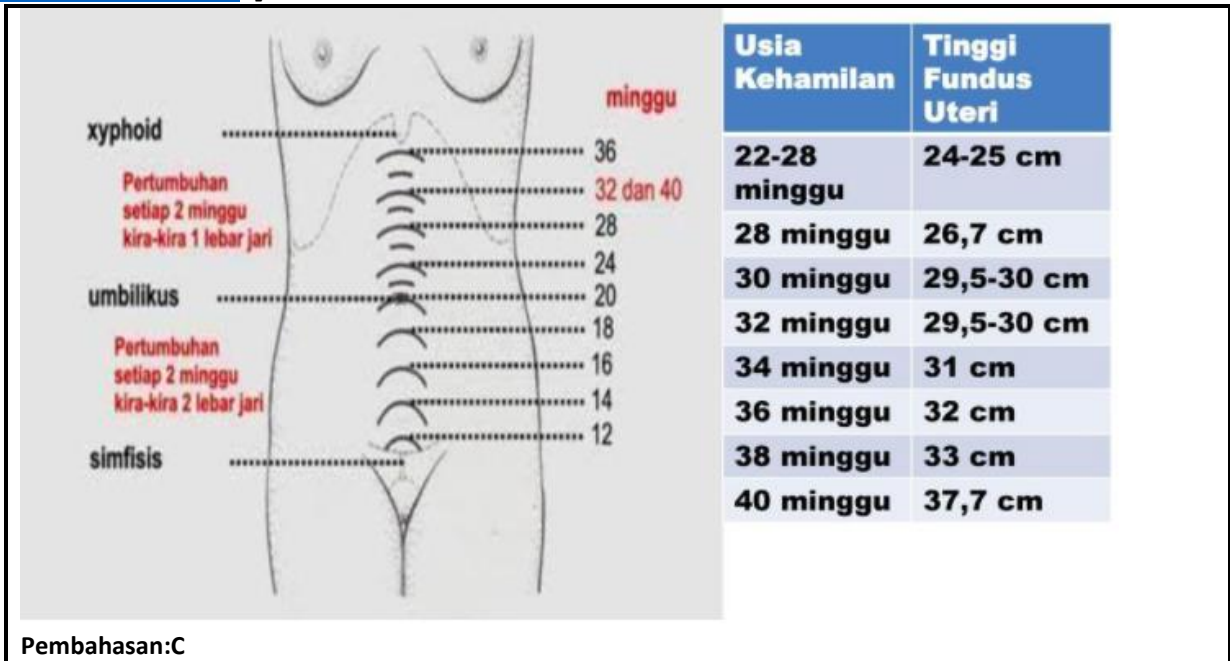
Taksiran partus = 23 maret 2022 Menyelesaikan soal bentuk ini dapat dilakukan dengan seringnya anda berlatih perhitungan taksiran partus. Semakin sering anda berlatih maka dengan mudah anda menjawab soal bentuk ini.

Pembahasan:C

144. Seorang perempuan berumur 26 tahun datang ke klinik Bersalin untuk memeriksakan kehamilannya. Pasien mengatakan sebe lumnya belum pernah berkunjung untukmelakukan pemeriksaan. Dari hasil anamnesa, pasien mengatakan mulai merasakan gerakan janin pada perut bagian bawah. Terdengar DJJ 130 x/mnt, TFU (tinggi fundus uteri) antara symphysis pubis dengan umbilicus. Berapakah usia kehamilan pada pasien tersebut?

- 24 minggu
- 20 minggu
- 16 minggu
- 8 minggu
- 4 minggu

Rasional : Perkiraan tinggi fundus uteri dilakukan dengan palpasi fundus dan membandingkan dengan patokan.



145. Seorang perempuan umur 18 tahun, post partum hari ke-2 mengatakan sulit tidur, gelisah, mual serta nyeri pada luka jahitan di area,perineum. Pasien mengatakan tidak mampu merawat bayinya sehingga bayi lebih banyak dirawat oleh suami dan orang tuanya. Apa fase adaptasi pada kasus di atas?
- Taking hold
 - Baby blues
 - Penolakan
 - Letting go
 - Taking in

Rasional :

- **Fase Taking In**, merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.
- **Fase Taking Hold**, fase ini berlangsung antara:3-10 hari-setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/ pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.
- **Fase Letting Go**, fase ini merupakan fase menerima tanggungjawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya

Ingatlah pada konsep fase adaptasi pasca melahirkan, untuk memudahkan lihatlah jumlah hari klien pasca melahirkan. Ini akan memudahkan anda mengingat konsep tersebut.

Pembahasan:E

146. Seorang mahasiswa keperawatan ditugaskan untuk membantu proses persalinan klien. Perawat instruktur meminta mahasiswa untuk menjelaskan sistem sirkulasi fetal, khususnya duktus venosus. Instruktur memastikan bahwa mahasiswa tersebut memahami struktur ductus venosus. Apakah yang dikatakan mahasiswa yang mengindikasikan pemahaman?
- Menghubungkan arteri umbilikalis ke inferior vena cava inferior
 - Menghubungkan vena umbilikalis ke vena cava inferior
 - Menghubungkan arteri umbilikalis dengan jantung ibu
 - Merupakan area terbuka antara strum kiri dan kanan
 - Menghubungkan arteri pulmonalis dan arteri aorta

Rasional : duktus venosus menghubungkan vena umbilikalis dengan vena cava inferior. Foramen ovale terbuka sementara pada atrium kiri dan kanan. Duktus arteriosus menghubungkan antara aorta dan arteri pulmonalis. Gambar berikut ini memudahkan anda memahami konsep sirkulasi pada janin

Pembahasan:B

147. Seorang ibu berumur 25 tahun sedang memeriksakan kehamilannya yang memasuki trimester III. Perawat sedang menjelaskan mengenai tanda-tanda bahaya yang sebaiknya dilaporkan segera jika suatu saat terjadi. Apa informasi yang disampaikan oleh perawat terhadap pasien?
- Penglihatan tiba-tiba kabur
 - Cairan vagina meningkat
 - Sakit pada punggung
 - Hemoroid
 - Gelisah

Rasional : Penglihatan tiba-tiba kabur adalah tanda bahaya yang seharusnya dilaporkan segera pada tenaga kesehatan karena hal ini merupakan salah satu tanda terjadinya pre-eklampsia atau eklampsia. Hal ini akan berdampak buruk bagi kesehatan ibu dan janin. Hemoroid yang terjadi pada masa kehamilan, namun ini tidak terlalu berbahaya untuk kondisi ibu dibandingkan penglihatan kabur secara tiba-tiba. Peningkatan cairan vagina dan nyeri punggung adalah hal normal terjadi pada masa kehamilan terlebih lagi gelisah yang dialami ibu merupakan hal wajar

Pembahasan:A

148. Seorang perempuan hamil 33 minggu berusia 36 tahun datang ke poli kebidanan untuk periksakan kehamilan. Setelah dilakukan pengkajian didapatkan data kehamilan sekarang adalah kehamilan yang ketiga, anak pertama keguguran, anak kedua lahir secara normal. Bagaimana cara penulisan status obstetri pada kasus di atas?
- G3P1A0
 - G3P1A1
 - G3P2A0
 - G3P2A1
 - G3P2A2

Rasional : G3= kehamilan yang ke-3,
P1 pernah melahirkan anak yg ke-2, dan
A1 = pernah keguguran anak yg ke-1.
Jadi, penulisan yang benar adalah G3P1A1

Pembahasan:B

149. Seorang perempuan primigravida sedang mendapatkan penjelasan dari seorang perawat mengenai efek fisiologis dan perubahan hormonal selama kehamilan. Perempuan tersebut menanyakan tentang fungsi estrogen. Manakah jawaban perawat mengenai fungsi estrogen?
- Menstimulasi kematangan system sel reproduksi Wanita
 - Mempertahankan lapisan uterus untuk proses implantasi
 - Merangsang metabolisme glukosa dan mengubah glukosa menjadi lemak
 - Mencegah involusi korpus luteum dan mempertahankan produksi progesteron sampai plasenta terbentuk
 - Merangsang perkembangan uterus untuk memberikan lingkungan bagi janin dan merangsang kelenjar payudara untuk persiapan laktasi.

Rasional : Estrogen merangsang perkembangan uterus untuk menyediakan lingkungan yang sesuai untuk persiapan mempertahankan lapisan uterus untuk proses implantasi dan merelaksasi semua otot polos. Laktogen plasenta metabolisme glukosa dan merubah glukosa menjadi lemak. Human chorionic gonadotropin untuk fetus dan merangsang payudara laktasi. Progesterone manusia merangsang mencegah involusi korpus luteum dan mempertahankan produksi progesterone sampai plasenta terbentuk.

Pembahasan:E

150. Seorang ibu umur 21 tahun, baru saja melahirkan bayi perempuan dengan kondisi menangis lemah dan warna kulit nampak kebiruan pada kaki, bayi batuk setelah diberi rangsangan, gerak dari bayi tersebut terlihat lemah, hasil pemeriksaan denyut nadi yaitu 90 kali/menit. Berapakah nilai Apgar Score pada bayi tersebut?
- 10
 - 8
 - 7
 - 6
 - 5

Rasional : Apgar score adalah sebuah metode yang diperkenalkan pertama kali pada tahun 1992 oleh Or. Virginia Apgar sebagai sebuah metode sederhana untuk secara cepat menilai kondisi kesehatan bayi baru lahir sesaat setelah kelahiran Ada 5 hal yang dinilai dalam menentukan kondisi bayi baru lahir. Seperti pada table berikut ini:

A	P	G	A	R
Appearance (warna kulit)	Pulse (denyut jantung)	Grimace (respon refleks)	Activity (tonus otot)	Respiration (pernapasan)
0: Seluruh tubuh bayi berwarna kebiru-biruan atau pucat	0: Denyut jantung tidak ada	0: Tidak ada respon terhadap stimulasi	0: Lemah, tidak ada gerakan	0: Tidak bernapas
1: Warna kulit tubuh normal, tetapi tangan dan kaki berwarna kebiruan	1: Denyut jantung kurang dari 100 kali per menit	1: Wajah merintih saat distimulasi	1: Lengan dan kaki dalam posisi fleksi dengan sedikit gerakan	1: Menangis lemah, terdengar seperti merintih, pernapasan lambat dan tidak teratur
2: Warna kulit seluruh tubuh normal (merah muda)	2: Denyut jantung lebih dari 100 kali per menit	2: Meringis, menarik, batuk, atau bersin saat stimulasi	2: Bergerak aktif dan spontan	2: Menangis kuat, pernapasan baik dan teratur

Dengan menggunakan Skor APGAR maka bayi dengan cepat dapat dilakukan secara akurat oleh tenaga kesehatan.

Menangis lemah = 1

Nadi 92 kali/menit = 1

Kulit biru pada kaki = 1 Gerak lemah = 1

Batuk setelah diberi rangsangan = 2. Total APGAR Score = 6

Pembahasan:D

151. Seorang ibu umur 21 tahun, baru saja melahirkan bayi perempuan dengan kondisi menangis lemah dan warna kulit nampak kebiruan pada kaki, bayi batuk setelah diberi rangsangan, gerak dari bayi tersebut terlihat lemah, hasil pemeriksaan denyut nadi yaitu 90 kali/menit. Nilai APGAR skor bayi tersebut adalah 6. Masuk kategori apakah bayi tersebut?
- Normal
 - Ashfiksia
 - Ashfiksia Berat
 - Ashfiksia ringan
 - Ashfiksia Sedang

Rasional : Kategon APGAR skor yaitu.

- 0-3: Ashfiksia berat. Pada kasus ini bayi memerlukan perawatan yang lebih intensif dan memerlukan alat bantu penafasan agar tidak terjadi gagal nafas atau henti nafas.
- 4-6: Asfiksia ringan. Pada kasus ini-bayi hanya. membutuhkan.ndakan pertolongan ringan, seperti membersihkan lendir yang menutupi jalan pernafasan bayi
- 7-10: Normal. Pada keadaan ini bayi lahir dengan score APGAR normal, itu berarti bayi ibu

Pembahasan:D

152. Seorang laki-laki berumur 26 tahun masuk IGD mengalami luka bakar pada tangan kanan klien, di alami sejak 6 jam yang lalu. Luka bakar tidak nampak adanya bullae, berwarna abu abu, dan pada saat disentuh tidak terasa nyeri. Apakah derajat luka bakar yang dialami pasien pada kasus di atas?
- Derajat I
 - Derajat IA
 - Derajat III
 - Derajat IIA
 - Derajat II B

Rasional : Pembagian derajat luka bakar hanya sampai derajat III. meliputi:

- Derajat I: Kerusakan meliputi hanya pada lapisan epidermis (superficial), kulit tampak eritema, tidak dijumpai bullae. Terasa nyeri. Penyembuhan terjadi secara otomatis tanpa pengobatan khusus.
- Derajat II: Kerusakan pada epidermis dan sebagian dermis, berupa reaksi inflamasi disertai proses eksudasi. Terdapat bullae, terasa nyeri. Dibedakan atas 2 (dua) bagian:
- Derajat II dangkal/superficial (IIA): Kerusakan mengenai bagian epidermis. dan lapisan atas dari corium/dermis. Organ- organ kulit seperti folikel rambut. kelenjar sebacea masih banyak. Semua ini merupakan benih-benih epitel. Penyembuhan terjadi secara spontan dalam waktu 10-14 hari tanpa terbentuk cicatrik.
- Derajat II dalam/deep (IB): Kerusakan mengenai hampir seluruh bagian dermis dan sisa-sisa jaringan epitel tinggal sedikit. Organ-organ kulit seperti folikel rambut, kelenjar keringat, kelenjar sebacea tinggal sedikit. Penyembuhan terjadi lebih lama dan disertai parut hipertrofi. Biasanya penyembuhan terjadi dalam waktu lebih dari satu bulan
- Derajat III: Kerusakan meliputi seluruh tebal kulit dan lapisan yang lebih dalam sampai mencapai jaringan subkutan, otot dan tulang. Organ kulit mengalami kerusakan, tidak ada lagi sisa elemen epitel. Tidak dijumpai bullae, kulit yang terbakar berwarna abu-abu dan lebih pucat sampai berwarna hitam kering. Terjadi koagulasi protein pada epidermis dan dermis

Pembahasan:C

153. Seorang laki-laki berumur 35 tahun masuk UGD karena kecelakaan dengan kondisi tidak sadar. Pada pemeriksaan tidak ditemukan tanda-tanda sumbatan jalan nafas, terjadi distensi pada vena jugular, posisi trakhea bergeser ke arah samping kiri, nampak jejas di dada sebelah kiri, hasil auskultasi tidak terdengar bunyi nafas. Pasien dicurigai menderita tension pneumothoraks. Apakah tindakan segera yang diberikan pada kasus tersebut?
- Dekompresi hemotoraks
 - Buka jalan nafas
 - Pasang spalak
 - Lakukan RJP
 - Bebat Tekan

Rasional : Tension pneumothoraks adalah penimbunan udara diikuti peningkatan tekanan di dalam rongga pleura. Kondisi ini terjadi bila salah satu rongga paru terluka, Sehingga udara masuk ke rongga pleura dan udara tidak bisa keluar secara alami. Kondisi ini bisa dengan cepat menyebabkan terjadinya insufisiensi pernapasan, kolaps kardiovaskuler, dan, akhirnya, kematian jika tidak dikenali dan ditangani. Penanganan segera terhadap kondisi yang mengancam kehidupan meliputi dekompresi pada hernitoraks yang sakit dengan menggunakan needle thoracostomy (ukuran 14-16 G) ditusukkan pada ruang interkostal kedua sejajar dengan midclavicular line. Selanjutnya dapat dipasang tube thoracostomy diiringi dengan control nyeri dan pulmonary toilet (pemasangan selang dada) diantara anterior dan mid-avillaris. Penanganan pasien trauma toraks sebaiknya dilakukan oleh Tim yang telah memiliki sertifikasi pelatihan ATLS (Advance Trauma Lite Support).

Pembahasan:A

154. Seorang anak umur 5 tahun masuk UGD dengan keadaan sulit bernafas akibat tersedak biji rambutan. Pasien tampak sianosis dan memegang lehernya. Apa tindakan yang tepat pada kasus tersebut?
- Hemlich maneuver
 - Pasang neck collar
 - Pasang oksigen
 - Jaw thrust
 - Suction

Rasional : Heimlich Manuver yaitu metode membebaskan jalan nafas dengan cara menghentakkan mendadak pada ule hati (daerah subdiafragma-abdomen). Ada dua cara dalam melakukan teknik ini, yaitu:

- Gara dengan posisi berdiri atau duduk Penolong berdiri dibelakang koraan, lingkaripinggang korban dengan kedua lengan penolong, kemudian kepalkan satu tangan dan letakkan sisi jampoltangan kepalan pada perut korban (sedikit di atas pusar dan di bawah ujung sternum! Pegang era kepalan tangan ke perut dengan hentakan yang cepat ke atas. Sehap hentakan harus terpisah dan gerakan yang jelas. Hentikan andakan saat benda yang masuk ke dalam saluran pernafasan keluar.
- Cara dengan posisi tergeletak (tidak sadar) Korban harus diletakkan pada posisi terlentang dengan wajah menghadap ke atas. Penolang berlutut di sisi paha korban. Letakkan salah satu tangan pada perut korban di garis tengah sedikit di atas pusar dan jauh di bawah ujung tulang sternum. tangan kedua diletakkan di atas tangan pertama. Penolong menekan ke arah perut dengan hentakan yang cepat ke arah atas (berdasarkan aturan yang terbaru cara ini tidak dianjurkan lagi, yang dianjurkan langsung melakukan RJP)

Pembahasan:A

155. Seorang perawat terlibat dalam proses evakuasi korban di suatu daerah yang mengalami bencana gempa bumi Perawat melakukan triase pada salah satu korban yang mengalami

fraktur pada tulang femur sinistra. Apa warna kode yang harus dipasang oleh perawat pada kasus tersebut?

- a. Kuning
- b. Merah
- c. Hitam
- d. Hijau
- e. Biru

Rasional: Anda dapat melihat tabel di bawah ini untuk mengidentifikasi warna apa yang diberikan pada korban yang mengalami fraktur femur sinistra.

Klasifikasi	Keterangan
Prioritas (Merah)	Mengancam jiwa atau fungsi vital. perlu resusitasi dan Tindakan bedah segera, mempunyai kesempatan hidup yang besar. Penanganan dan pemindahan bersifat segera yaitu gangguan pada jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi. Contohnya sumbatan jalan nafas, tension pneumothorax, syok hemoragik, luka terpotong pada tangan dan kaki, combustio (luka bakar tingkat II dan III > 25%
Prioritas II (KUNING)	Potensial mengancam nyawa atau fungsi vital bila tidak segera ditangani dalam jangka waktu singkat. Penanganan dan pemindahan bersifat jangan terlambat. Contoh: patah tulang besar, cambutio (luka bakar) tingkat II dan III 25%, trauma thorak /abdomen, laserasi luas trauma bola mata.
Prioritas III (HIJAU)	Perlu penanganan seperti pelayanan biasa, tidak perlu segera. Penanganan dan pemindahan bersifat terakhir. Contoh luka superficial, luka-luka ringan.
Prioritas 0 (HITAM)	Kemungkinan untuk hidup sangat kecil, luka sangat parah. Hanya perlu terapi suportif. Contoh henti jantung kritis, trauma kepala kritis.

Pembahasan:A

156. Seorang laki-laki umur 29 tahun korban kebakaran mengalami luka bakar di seluruh bagian punggung, dan kedua kaki bagian belakang dengan luas luka bakar 3696. Diketahui berat badan pasien yaitu 60 kg. saat ini pasien akan mendapat terapi cairan. Berapa cairan yang diberikan dalam 24 jam (Formula Baxter)?

- a. 2160cc
- b. 5184cc
- c. 7500cc
- d. 8640cc
- e. 8920cc

Rasional: Rumus formula Bextex:

Kebutuhan cairan 24 jam = $(4cc \times KgBB \times 94 \text{ luas luka bakar})$

Jadi, Kebutuhan cairan dalam 24 jam $4 \times 60 \times 36 = 8640 \text{ cc}$

Cairan diberikan atau 4320 cc pada 8 jam pertama, dan sisanya diberikan dalam 16 jam

Pembahasan:D

157. Seorang lansia usia 68 tahun di bawake UGD RS dengan keluhan tidak sadarkan diri sejak 2 jam yang lalu. Setelah dilakukan pengkajian di dapatkan bahwa lansia tersebut mengalami DM tipe II, dengan tanda-tanda vital: TD: 100/60 mmHg, N: 78 x/menit, RR: 14x/menit, S: 36,59C,

kadar glukosa plasma 60 mg%, bibir sianosis, akral dingin Apakah penanganan pertama yang paling tepat dalam kasus tersebut?

- a. Memberikan resusitasi cairan NaCl 0,9%
- b. Pemberian insulin sesuai indikasi
- c. Memberikan O₂ tambahan
- d. Memberikan cairan D5%
- e. Pemberian D40%

Rasional : Klien mengalami hipoglikemi yang dimana kadar glukosa darah di bawah harga normal. Diagnosis hipoglikemia pada diabetes ditegakkan bila kadar glukosa plasma <63 mg% (3,9mmol/L). Pada diabetes hipoglikemia sering didefinisikan sesuai dengan gambaran klinisnya. Hipoglikemia timbul akibat peningkatan kadar insulin yang kurang tepat, baik sesudah penyuntikan ataupun insulin subkutan ataupun karena obat yang meningkatkan sekresi insulin seperti sulfonilurea. Sulfonilurea merupakan obat anti diabetik oral yang sering dikenal sebagai insulin secretagogues, kerjanya merangsang sekresi insulin dari granula sel-sel β langerhans pankreas. Dikenal 2 generasi sulfonilurea, generasi pertama terdiri dari tolbutamid, tolazamid, asetoheximid dan klorpropamid. Generasi kedua yang mempunyai resiko hipoglikemik lebih besar, diantaranya adalah gliburid (glibenklamid), alipizid, glikazid dan glimepirid. Hipoglikemia pada orang yang mengkonsumsi golongan sulfonilurea ini bisa disebabkan karena dosis tidak tepat, tidak makan cukup atau dengan gangguan fungsi ginjal dan atau hepar. Pada stadium lanjut (koma hipoglikemia atau tidak sadar dan curiga hipoglikemia), diberikan larutan dekstrosa 40% sebanyak 2 flakon (50 ml) bolus intravena dan diberikan cairan dekstrosa 10% per infus sebanyak 1 liter per jam per kolf.

Pembahasan:E

158. Seorang perempuan usia 55 tahun, didiagnosis dengan Ca. cervix metastase ke paru. Saat ini pasien berada di ruang ICU dengan tanda-tanda vital TD: 90/60 mmHg, N: 66 x/menit, RR: 12 x/menit, SaO₂: 94%, mengalami oedema ekstremitas, ascites, dan GCS: 6. Pasien tergantung dengan mesin ventilator dan obat-obatan. Keluarga pasrah dan merasa kasihan pasien menanggung derita, apalagi dokter mengatakan harapan sembuh tidak ada lagi. Apakah tindakan yang sebaiknya dilakukan sebagai seorang perawat yang profesional?

- a. Mendukung hak otonomi klien dengan membantu mengakhiri penderitaannya
- b. Menyerahkan semua keputusan kepada tim dokter untuk tetap melanjutkan terapi atau tidak
- c. Menyerahkan kepada manajemen RS dan keluarga untuk memberikan keputusan kelanjutan perawatan
- d. Memberikan konseling kepada keluarga klien tentang prinsip moral dan peraturan RS untuk tetap menyokong kehidupan klien
- e. Memenuhi kebutuhan dasar klien sesuai harkat dan martabatnya sebagai manusia, mengupayakan suport sistem yang optimal bagi klien

Rasional : Perawat wajib memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti apapun kondisi pasien. Hal ini berkaitan dengan sumpah dan janji profesi keperawatan untuk memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien. Perawat juga harus tetap menjaga privasi dan menghormati hak pasien meskipun pasien dalam keadaan tak sadarkan diri bahkan setelah meninggal pun perawat harus tetap menjaga hak-hak pasien dan keluarga.

Pembahasan:E

159. Seorang laki-laki usia 56 tahun datang ke UGD diantar oleh istrinya dalam keadaan tidak sadar. Istri pasien mengatakan 30 menit yang lalu pasien mengeluhkan nyeri dada kiri yang hebat dan tembus hingga ke punggung. Pasien memiliki riwayat kolesterol tinggi. Dari pemeriksaan fisik ditemukan pasien mengalami henti nafas dan henti jantung. Tidak ditemukan

cyanosis sircum oral dan akral masih teraba hangat. Pasien tidak merespon hanya dengan suara. Apakah yang anda lakukan untuk memastikan pasien henti jantung?

- Panggil nama pasien
- Cek pulsasi nadi karotis
- Cek pulsasi nadi radialis
- Memindahkan pasien di tempat yang datar
- Memposisikan pasien dengan posisi tredlenberg

Rasional : Hal pertama untuk memastikan pasien mengalami henti jantung adalah memeriksa nadi terdekat dari jantung yakni arteri carotis yang terletak pada leher. Femeriksaan pada nadi carotis lebih efektif dibandingkan pemeriksaan pada nadi lainnya.

Pembahasan:C

160. Seorang Perempuan berusia 21 tahun dibawa ke UGD tampak pada dadanya tertusuk bambu runcing. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan kedua mata tampak bengkak. penetrasi pada thorax dextra, laserasi (-), GCS 8, frekuensi nadi nadi 110x/menit, frekuensi nafas 26x/menit, tekanan darah 110/70mmHg. Apakah kategori triase pasien tersebut?

- Putih
- Hijau
- Hitam
- Merah
- Kuning

Rasional : Triase adalah upaya untuk memilah milah penderita menurut kegawatan dan kedaruratannya. Diperlukan untuk kecepatan dan efisiensi penanganan, terutama apabila jumlah penderita lebih banyak dari tenaga dan sarana pelayanan yang tersedia. Pada kasus ini pasien mengalami ruda paksa pada dinding toraks yang mengakibatkan status pasien berada pada kondisi gawat dan menjadi prioritas utama untuk segera mendapat pertolongan yang dapat diberi label warna merah.

Pembahasan:D

161. Seorang laki-laki beusia 36 tahun dibawa ke UGD setelah mengalami kecelakaan lalu lintas, perawat telah melakukan primary survey dan didapatkan Thorax Dextra ndak sejajar saat bernafas, suara nafas menurun dan saat di perkusi hipersonor pada paru Dextra, terdapat distensi vena jugularis, TD 90/60 mmHg, N: 100x/menit, RR: 26x/menit dan dangkal, akral dingin. Apakah tindakan yang tepat pada pasien tersebut?

- Needle decompression
- Beri oksigen 100%
- Pericardiocentesis
- Pasang iv line
- Intubasi

Rasional : Pada tension pneumothoraks, penderita sering sesak napas berat dan keadaan ini dapat mengancam jiwa apabila tidak cepat dilakukan tindakan perbaikan. Tekanan intrapleura tinggi, bisa terjadi kolaps paru dan ada penekanan pada mediastinum dan jantung. Himpitan pada jantung menyebabkan kontraksi terganggu dan "venous return" juga terganggu. Jadi selain menimbulkan gangguan pada pernapasan, juga menimbulkan gangguan pada sirkulasi darah (hemodinamik). Penanganan segera terhadap kondisi yang mengancam kehidupan meliputi dekompresi pada hemitoraks yang sakit dengan menggunakan needle thoracostomy (ukuran 14 - IR G) ditusukkan pada ruang interkostal kedua sejajar dengan midclavicular line. Selanjutnya dapat dipasang tube thoracostomy diiringi dengan control nyeri dan pulmonary toilet (pemasangan selang dada) diantara

anterior dan mid-axillaris. Tindakan invasive ini dilakukan oleh tenaga dokter, perawat bisa saja melakukan tindakan ini melalui prosedur pelimpahan wewenang yang diberikan sebagai mandat.

Pembahasan:A

162. Seorang perempuan berusia 18 tahun dibawa ke IGD setelah mengalami kecelakaan saat berangkat ke sekolah keadaan pasien tidak sadar. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan perdarahan masif dari hidung dan telinga, frekuensi nafas 34x/menit, snoring (+). frekuensi nadi 120 x/menit lemah, tekanan darah 100/60 mmHg, akral dingin, cyanotic basah, capillary refill time >2 detik, hasil Blood Gas Artery O: 78%, PaCO₂: 45 mmHg, PaO₂: 90 mmHg, Ph: 7,15, HCO₃: 20mEq/L. Apa hasil interpretasi pada pemeriksaan Blood Gas Artery tersebut?

- a. Asidosis metabolic akut
- b. Alkalosis metabolic akut
- c. Alkalosis metabolic akut
- d. Alkalosis respiratorik terkompensasi
- e. Asidosis respiratorik Terkompensasi Sebagian

Rasional: Hasil analisis gas darah dikatakan normal jika:

- pH darah: 7,35–7,45 (Jika pH di bawah 7,35 maka disebut **Asidosis**, diatas 7,45 maka disebut **Alkalosis**)
- Tingkat penyerapan oksigen (SaO₂): 94–100%
- Tekanan parsial oksigen (PaO₂): 75–100 mmHg
- Tekanan parsial karbon dioksida (PaCO₂): 35–45 mmHg
- Bikarbonat (HCO₃): 22–26 mEq/L (Jika nilai HCO₃ dibawah 22 mEq/L maka disebut **Asidosis Metabolik**, jika nilai HCO₃ diatas 26 mEq/L maka disebut **Alkalosis Metabolik**)
- Bandingkan antara nilai PCO₂ atau HCO₃ dengan pH untuk menentukan gangguan asam basa primer yang terjadi
- Gangguan akibat PCO₂ disebut sebagai gangguan yang terjadi pada sistem respirasi (respiratorik)
- Gangguan akibat HCO₃ disebut sebagai gangguan yang terjadi pada sistem metabolik atau ginjal
- Menentukan apakah adanya kompensasi, kompensasi sebagian, atau tidak terkompensasi triknya adalah:
Jika pH normal, PaCO₂ dan HCO₃ abnormal: kompensasi penuh
Jika pH normal, PaCO₂ dan HCO₃ abnormal: kompensasi sebagian
Jika pH abnormal, PaCO₂ dan HCO₃ abnormal: tidak terkompensasi

Jawaban: A

163. Seorang perempuan usia 45 tahun dibawa keluarganya ke UGD dengan keluhan kesulitan bernafas dan diaphoresis. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan frekuensi nafas 18x/menit, frekuensi nadi 140x/menit cepat, tekanan darah 140/100 mmHg, akral dingin, Dari hasil pengkajian di dapatkan hasil BloodGas Artery O.: 82%, PCO₂: 50 mmHg, PO₂: 80 mmHg, Ph: 7.30, HCO₃: 30 mEq Apa hasil interpretasi pada pemeriksaan Blood Gas Artery tersebut?

- a. Asidosis metabolic akut
- b. Alkalosis metabolic akut
- c. Alkalosis metabolik terkompensasi
- d. Alkalosis respiratorik terkompensasi
- e. Asidosis respiratorik terkompensasi Sebagian

Rasional: Hasil analisis gas darah dikatakan normal jika:

- pH darah: 7,35–7,45 (Jika pH di bawah 7,35 maka disebut **Asidosis**, diatas 7,45 maka disebut **Alkalosis**)
- Tingkat penyerapan oksigen (SaO₂): 94–100%

- Tekanan parsial oksigen (PaO_2): 75–100 mmHg
- Tekanan parsial karbon dioksida (PaCO_2): 35–45 mmHg
- Bikarbonat (HCO_3): 22–26 mEq/L (Jika nilai HCO_3 dibawah 22 mEq/L maka disebut **Asidosis Metabolik**, jika nilai HCO_3 diatas 26 mEq/L maka disebut **Alkalosis Metabolik**)
- Bandingkan antara nilai PCO_2 atau HCO_3 dengan pH untuk menentukan gangguan asam basa primer yang terjadi
- Gangguan akibat PCO_2 disebut sebagai gangguan yang terjadi pada sistem respirasi (respiratorik)
- Gangguan akibat HCO_3 disebut sebagai gangguan yang terjadi pada sistem metabolik atau ginjal
- Menentukan apakah adanya kompensasi, kompensasi sebagian, atau tidak terkompensasi triknya adalah:
Jika pH normal, PaCO_2 dan HCO_3 abnormal: kompensasi penuh
Jika pH normal, PaCO_2 dan HCO_3 abnormal: kompensasi sebagian
Jika pH abnormal, PaCO_2 dan HCO_3 abnormal: tidak terkompensasi

Dari Soal, maka anda akan mendapatkan hasil bahwa pasien mengalami asidosis respiratorik terkompensasi sebagian

Pembahasan:E

164. Seorang perempuan berusia 52 tahun dibawa ke UGD dengan keluhan sesak nafas setelah mengalami kecelakaan lalu lintas. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan torax sinistra tertinggal sewaktu bernafas, perkusi hipersonor dan suara nafas menurun pada paru kanan RR: 26 x/menit, ditemukan distensi vena jugularis, TD: 110/ 90 mmHg, N: 115x/ menit, akral dingin, basah, dan pucat. Apakah kondisi yang sedang dialami laki-laki tersebut?

- a. Tension Pneumothoraks
- b. Open Pneumothoraks
- c. Tamponade lanting
- d. Hemothoraks Masif
- e. Flail chest

Rasional: Pasien mengalami kecelakaan lalu lintas mengalami tension pneumotoraks yaitu dan mengalami trauma pada daerah toraks Kemungkinan terbesar adalah pasien pengumpulan/ penimbunan udara diikuti peningkatan tekanan di dalam rongga pleura. Kondisi ini terjadi bila salah satu rongga paru terluka, Sehingga udara masuk ke rongga p'cura dan udara tidak bisa keluar secara alami. Kondisi ini bisa dengan cepat menyebabkan terjadinya insufisiensi pernapasan, kalaps kardiovaskuler, dan, akhirnya, kematian jika tidak dikenali dan ditangani. Hasil yang baik memerlukan diagnosa mendesak dan penanganan dengan segera.

Pembahasan:A

165. Pasien laki-laki berusia 55 tahun dibawa ke UGD dalam kondisi tidak sadar dengan riwayat diabetes mellitus. Hasil pemeriksaan didapatkan kulit klien dingin dan lembab, tekanan darahnya 100/70 mmHg. Bagaimana langkah awal penatalaksanaan kedaruratan yang sesuai dengan tanda gejala pasien?

- a. Melakukan intubasi dan membantu ventilasi
- b. Memeriksa glukosa darah klien
- c. Memberikan suntikan insulin
- d. Memasang infuse dextrose
- e. Melakukan CPR

Rasional: Pasien yang ndak sadarkan diri sast masuk ke UGD, hal pertama yang dapat dilakukan seorang perawat adalah memastikan jalan nafas pasien adektiat. hal ini. berkaitan dengan kebutuhan oksigenasi dan keselamatan pasien.

Pembahasan:A

166. Seorang laki-laki, usia 35 tahun dibawa ke UGD dengan kasus trauma kepala. Saat observasi, pasien mengalami penurunan tekanan darah dan tingkat kesadaran semakin memburuk. TD 90/60 mmHg, RR 24 x/menit. N: 40 x/ menit. Apa yang harus diwaspadai oleh perawat berkaitan dengan perubahan yang ditunjukkan oleh pasien?
- Respon mulai stabilnya aliran darah otak
 - Terjadi gangguan kontraksi jantung
 - Berkembangnya syok hipovolemik
 - Peningkatan tekanan intra kranial
 - Aktivitas kejang

Rasional: Peningkatan TIK diperoleh dari peningkatan volume intrakranial seperti dari massa (misal hematoma) maupun edema serta mungkin akibat dari macam2 cedera kepala. Peningkatan TIK dapat disebabkan karena otak membengkak (edema serebri) maupun karena adanya perdarahan di dalam otak (intrakranial bleeding). Tanda-tanda peningkatan TIK yaitu muntah, bradikardia (nadi melambat). Tekanan darah: sistolik meningkat. Tanda2 peningkatan TIK memang tidak mudah untuk dikenali akan tetapi jika ditemui harus sangat diwaspadai. Peningkatan TIK merupakan komplikasi serius yang dapat menyebabkan turunya batang otak dengan gagal pernafasan dan gagal jantung serta diakhiri dengan kematian. Kondisi ini dimulai dengan gangguan tingkat kesadaran, koma, tekanan darah tinggi, nadi melambat, & berakhir kematian.

Pembahasan:D

167. Seorang laki-laki berusia 25 tahun, korban kecelakaan lalu lintas mengalami luka terbuka di tungkai kanan bawah dibawa ke UGD. Perawat melakukan penekanan langsung pada tungkai bawah dan ternyata tidak mampu menghentikan perdarahan. Apa langkah selanjutnya yang harus dilakukan oleh perawat?
- Memasang torniket di bagian proksimal area yang mengalami luka terbuka
 - Mengangkat tungkai klien lebih tinggi dari posisi jantung
 - Menutup laserasi dan memberikan kompres dingin
 - Melakukan penekanan pada arteri femoralis
 - Melakukan pemasangan infus

Rasional: Langkah selanjutnya yang dapat dilakukan oleh perawat adalah mengangkat tungkai klien lebih tinggi daripada jantung hal ini akan berguna untuk meningkatkan aliran darah balik vena

Pembahasan:B

168. Seorang laki-laki berusia 35 thn diantar oleh keluarga ke UGD dengan kesadaran menurun. Berdasarkan anamnesis, pasien jatuh dari tangga # 5 hari yang lalu, mual dan muntah 5 kali, pemeriksaan fisik ditemukan: Pupil anisokor, kaku kuduk, hemiparese kontralateral, midriasis pupil ipsilateral, GCS 10, TD: 130/80 mmHg. N: 88 x/ menit, S 37,8 C. RR: 24 x/ menit hasil CT Scan Subdural Hematoma. Apakah masalah keperawatan pada pasien tersebut?
- Gangguan nutrisi
 - Gangguan mobilitas
 - Gangguan perfusi serebral
 - Gangguan keseimbangan cairan
 - Gangguan persepsi sensori penglihatan

Rasional: Subdural hematoma adalah penimbunan darah di dalam rangga subdural. Dalam bentuk akut yang hebat, baik darah maupun cairan cerebrospinal memasuki ruang tersebut sebagai akibat dari laserasi otak atau robeknya arakhnoidea sehingga menambah penekanan subdural pada jejak langsung di otak. Dalam bentuk kronik, hanya darah yang efusi ke ruang subdural akibat pecahnya vena-vena penghubung, umumnya disebabkan oleh cedera kepala tertutup. Efusi itu merupakan proses bertahap yang menyebabkan beberapa minggu setelah cedera, sakit kepala dan tanda-tanda fokal progresif yang menunjukkan lokasi gumpalan darah. Masalah utama pada pasien adalah gangguan perfusi jaringan cerebral.

Pembahasan:C

169. Seorang laki-laki umur 33 diantar di UGD dengan keluhan nyeri kepala akibat kecelakaan tertimpah kayu saat bekerja sekitar 2 jam yang lalu. Riwayat tidak sadar sekitar 15 menit dan muntah. Terdapat luka robek pada area dahi dengan luas luka 4x 1 cm dengan kedalaman 0.5 cm. TD: 100/70 mmHg, N: 94x/menit, RR: 26 x/menit, S: 37°C. Pasien diobservasi selama 8 jam di IGD. Apakah data prioritas yang perlu diperhatikan selama masa observasi?

- a. Tingkat kesadaran
- b. Tekanan darah
- c. Perdarahan
- d. Nyeri
- e. Nadi

Rasional: Hal yang perlu diperhatikan saat keadaan seperti kasus ini adalah tingkat kesadaran klien dalam hal ini pengukuran tingkat kesadaran menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS).

Pembahasan:A

170. Seorang perawat primer di ruang perawatan interna telah mendelegasikan beberapa tugas kepada perawat pelaksana sesuai kemampuan masing-masing dan rasio yang sesuai. Perawat primer telah menjelaskan dengan detail mengenai tugas yang didelegasikan. Apakah tanggung jawab utama perawat tersebut setelah mendelegasikan tugas?

- a. Melakukan tindak lanjut kepada setiap anggota staf mengenai kinerja dan hasil kerjanya.
- b. Memberikan tugas-tugas yang belum selesai kepada perawat di shift selanjutnya
- c. Membiarkan setiap staf untuk membuat penilaian ketika melaksanakan tugas
- d. Mendiskusikan tugas delegasi dengan perawat senior
- e. Mendokumentasikan tugas-tugas yang telah selesai

Rasional: Tanggung jawab utama dari tugas-tugas yang telah didelegasikan ada pada pemberi delegasi sehingga pemberi delegasi setidaknya melakukan control terhadap kinerja dan mengevaluasi hasil ayng merekea kerjakan. Hal ini berguna untuk menjaga kualitas dan mutu pelayanan keperawatan di sebuah rumah sakit.

Pembahasan:A

171. Seorang perempuan berumur 51 tahun dirawat di ruang perawatan interna dengan diagnosa ulkus diabetik, Pemimpin perawat memberikan tugas kepada stafnya untuk melakukan perawatan luka serta memberikan penjelasan mengenai tujuan dan hasil yang ingin dicapai dengan baik.. Apa gaya kepemimpinan yang dipakai oleh kepala ruangan tersebut?

- a. Laissez-faire
- b. Demokratis
- c. Autokratis
- d. Situasional
- e. Birokratis

Rasional: Kepemimpinan autokratis penggunaan merupakan Otoritas seorang seluruh pemimpin dan mengutamakan pencapaian hasil. Ini merupakan kepemimpinan efektif dalam situasi yang kritis. Pemimpin memberikan memberikan tugas yang jelas yang bersifat satu arah kepada kelompok kerjanya. Kepemimpinan situasional merupakan perpaduan secara menyeluruh antara gaya pemimpin kematangan kelompok dan situasi yang dihadapi kelompok tersebut. Kepemimpinan demokratis merupakan gaya kepemimpinan yang dapat melibatkan seluruh partisipasi anggotanya, komunikasi bersifat dua arah. Kepemimpinan laissez faire merupakan gaya kepemimpinan dengan mendelegasikan seluruh tugas namun minim control dari atasan. Gaya kepemimpinan yang digunakan pada kasus ini adalah autokratis karena tidak melakukan diskusi terlebih dahulu kepada perawat yang diberikan tugas.

Pembahasan:C

172. Seorang pertemuan perawat orientasi sedang menghadiri sebuah lembaga tentang model praktik keperawatan yang dilaksanakan di fasilitas tersebut. Perawat tersebut mendapat penjelasan bahwa praktik keperawatan yang digunakan adalah model keperawatan tim. Apa karakteristik dari model Keperawatan tersebut?
- a. Setiap perawat pelaksana memiliki keahlian spesifik.
 - b. Staf keperawatan dipimpin oleh perawat ketika merawat sekelompok klien
 - c. Metode pendekatan tugas digunakan dalam pemberian pelayanan kepada klien pengelolaan sumber daya
 - d. Konsep keperawatan yang digunakan ketika memeberikan pelayanan kepada klien
 - e. Seorang perawat teregistrasi bertanggung jawab untuk memberikan asuhan keperawatan kepada sekelompok klien

Rasional: Model keperawatan metode tim harus memiliki seorang pemimpin dalam melakukan pembagian tugas dalam hal ini andakan keperawatan. Pilihan A dan & merupakan metode fungsional. Pilihan E merupakan metode primer. Pilihan D merupakan metode kasus

Pembahasan:B

173. Komite etik keperawatan sedang melakukan pengarahan di sebuah ruang perawatan rumah sakit. Komite etik sedang menjelaskan mengenai hak-hak klien. Salah satu contoh pemenuhan hak-hak klien adalah tidak diperbolehkan mengambil gambar klien tanpa adanya persetujuan informed consent. Apakah prinsip etik yang diterapkan dalam contoh tersebut?
- a. Confidentiality
 - b. Beneficience
 - c. Autonomy
 - d. Veracity
 - e. Justice

Rasional: Mengambil foto klien tanpa seizin klien adalah bentuk pelanggaran privasi. Jika ini dilakukan maka akan bertentangan dengan prinsip Confidentiality (kerahasiaan), dimana segala informasi yang berkaitan dengan pasien harus mendapat persetujuan terlebih dahulu, baik tindakan maupun informasi yang bersumber dari klien **Pembahasan:**A

174. Seorang perawat manajer satu minggu lalu mendapat tugas untuk mengurus di ruang anak Berkaitan dengan pemindahan itu, perawat tersebut mengalami konflik dengan bawahnya. Strategi Apa yang digunakan untuk menyelesaikan konflik di atas?
- a. Kompensi
 - b. Kompromi
 - c. Smoothing
 - d. Kolaborasi
 - e. Akomodasi

Rasional: Pendekatan penyelesaian konflik oleh pemimpin dikategorikan dalam dua dimensi ialah kerjasama/ tidak kerjasama dan tegas/ hdak tegas. Dengan menggunakan kedua macam dimensi tersebut ada 6 macam pendekatan penyelesaian konflik ialah:

- Kompromi atau Negosiasi yaitu suatu strategi penyelesaian konflik dimana semua yang terlibat suling menyadari dan sepakat tentang keinginan bersama. Penyelesaiar strategi ini sering diartikan sebagai "lose lose situation" kedua unsur yang terlibat menyerah dan menyepakati hal yang telah dibuat. Didalam manajemen keperawatan strategi ini sering digunakan oleh midle dan ziini Top manajer keperawatan.

- Kumpens: yaitu Strategi ini dapat diartikan sebagai "win-lose" penyelesaian konflik. Penyelesaian ini menekar, hanya ada satu orang atau kelompok yang menang tanpa mempertimbangkan yang kalah. Akibat negatif strategi ini adalah kemarahan, putus asa dan keinginan untuk perbaikan di masa mendatang.
- Akomodasi. Istilah yang lain sering digunakan adalah "cooperatian" Konflik ini berlawanan dengan kampensi. Pada strategi ini seseorang berusaha mengakomodasi permasalahan permasalahan dan memberi kesempatan orang lain untuk menang. Masalah pada strategi sebenarnya tidak terselesaikan. Strategi ini biasanya sering digunakan dalam suatu politik untuk merebut sesuatu kekuasaan dengan berharap konsekuensinya e Smoothing yaitu Penyelesaian konflik dengan mengurangi komponen emosional dalam konflik berupaya mencapai kebersamaan daripada perbedaan der gan penuh kesadaran dan introspeksi diri. Strategi ini bisa ditetapkan pada konflik yang ringan, tetapi untuk konflik yang besar misalnya persaingan pelayanan/ hasil produksi dan tidak dapat digunakan.
- Menghindar. Semua yang terlibat dalam konflik, pada strategi ini menyadari tentang masalah yang dihadapi tetapi memilih untuk menghadiri atau bdak menyelesaikan masalahnya. Strategi ini biasanya dipilih bila ketidaksepakatan adalah membahayakan kedua pihak, biaya penyelesaian lebih besar daripada menghindari, atau maslah perlu orang ketiga dalam menyelesaikannya atau jika masalah dapat terselesaikan dengan sendirinya.
- Kulaborasi. Strategi ini merupakari strategi "win-win solution". Pada kolaborasi, kedua unsur yang terlibat menentukan tujuan bersama dan bekerja sama dalam mencapai suatu tujuan. Karenanya keduanya meyakini akan tercapainya suatu tujuan yang telah ditetapkan masing-masing meyakini. Strategi kolaborasi tidak akan bisa berjalan bila kompetisi intensif sebagai bagian dari situasi tersebut, kelompok yang teri bat tidak mempunyai kemampuan dalam menyelesaikan masalah dan tidak adanya kepercayaan dari kedua kelompok atau seseorang.

Strategi yang tepat untuk menyelesaikan konflik dalam lingkungan yang baru adalah dengan menggunakan strategi kolaborasi dimana akan memberi kesan awal yang baik dan dapat membangun kedekatan antara pemimpin dan anggotanya.

Pembahasan:D

175. Seorang kepala ruangan di sebuah rumah sakit mempunyai penilaian kinerja yang akurat, sehingga menjamin setiap perawatnya akan memperoleh kesempatan berada pada posisi pekerjaan sesuai dengan kemampuan masing masing perawat. Apakah manfaat dari penilaian kinerja kerja dalam suatu organisasi?

- a. Penyesuaian kompensasi
- b. Peningkatan prestasi kerja
- c. Kesempatan kerja yang adil
- d. Keputusan-keputusan promosi dan demosi
- e. Kebutuhan-kebutuhan pelatihan pengembangan

Rasional: Manfaat penilaian kerja dapat dijabarkan menjadi 6, yaitu:

- Meningkatkan prestasi kerja staf Daik secara individu atau kelompok dengan memberikan kesempatan pada mereka untuk memenuhi kebutuhan aktualisasi diri dalam kerangka pencapaian tujuan Pelayanan RS
- Peningkatan yang terjadi pada prestasi staf Serta perorangan pada gilirannya akanmempengaruhi atau mendorong SDM secara keseluruhannya.
- Merangsang minat dalam pengembangan pribadi-dengan tujuan meningkatkan hasil karya dan prestasi dengan cara memberikan umpan balik kepada mereka tentang prestasinya.
- Membantu RS untuk dapat menyusun program pengembangan dan pelatihan staf yang lebih tepat guna. Sehingga RS mempunyai tenaga yang cakap dan tampil untuk pengembangan pelayanan keperawatan.dimasa depan.
- Menyediakan alat dan sarana untuk membandingkan prestasi kerja dengan meningkatkan gajinya atau sistem imbalan yang baik.
- Memberikan kesempatan kepada pegawai atau staf untuk mengeluarkan perasaannya tentang pekerjaannya atau hal lain yang ada kaitannya melalui jalur kamunikasi dan dialog, sehingga dapat mempererat hubungan antara atasan dan bawahan.

Hal ini bermanfaat bagi pimpinan untuk mengidentifikasi staf yang memiliki potensi pengembangan karir yang baik serta dapat diberikan tanggung jawab yang lebih besar pada masa yang akan datang atau mendapatkan imbalan yang lebih baik. Sedangkan bagi karyawan yang terhambat disebabkan karena kemauannya serta

motivasi dan sikap yang kurang baik maka perlu diberikan pembinaan berupa teguran atau konseling oleh atasannya langsung

Pembahasan:B

176. Seorang kepala ruang melihat langsung bahwa proses timbang terima berjalan tidak efektif dan berdampak pada kinerja anggota perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada shift berikutnya. Perawat cenderung melaporkan hal yang sama setiap waktu dan tidak memenuhi aspek proses keperawatan. Apa tindakan yang tepat untuk dilaksanakan oleh kepala ruangan?

- Mensupervisi dokumen kehadiran timbang terima
- Mensupervisi tindakan keperawatan yang dilakukan
- Mensupervisi jalannya timbang terima setiap shift dinas
- Mensupervisi isi kegiatan dan laporan asuhan keperawatan
- Mensupervisi standar prosedur kegiatan timbang terima di ruangan

Rasional: Hal yang perlu dilakukan sebagai pimpinan adalah melakukan supervise atas berjalannya timbang terima perawat. Dengan supervise maka akan membuat kegiatan yang dilakukan perawat menjadi lebih efektif dan efisien. Hal yang perlu diperhatikan saat melakukan Supervise adalah:

- Berdasar atas hubungan profesional dan bukan pribadi.
- Kegiatan direncanakan secara matang.
- Bersifat edukatif, supporting dan informal.
- Memberikan perasaan aman pada staf dan pelaksana keperawatan
- Membangun hubungan kerjasama yang demokratis antara supervisor dan staf
- Bersifat progresif, inovatif, fleksibel dan dapat mengembangkan kelebihan masing. masing perawat yang disupervisi dan kreatif
- Konstruktif dalam mengembangkan diri disesuaikan dengan kebutuhan.
- Mampu meningkatkan kinerja bawahan dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.
- Suprvisi dilakukan secara teratur berkala.
- Supervisi dilaksanakan secara fleksibel dan selalu disesuaikan dengan perkembangan.

Pembahasan:C

177. Seorang lulusan Ners baru 3 bulan bekerja di sebuah RS swasta. Berdasarkan penampilannya 3 bulan ini, perawat tersebut menunjukkan antusiasme dan komitmen yang tinggi pada institusi dan bidang yang digelutinya, namun secara kompetensi ia masih tergolong kurang terampil dan kurang kecakapannya, ia cenderung belum tanggap terhadap apa yang seharusnya dilakukan. Apa yang dilakukan manager terhadap perawat tersebut?

- Pemberdayaan (empower)
- Pengawasan (controlling)
- Pengarahan (directing)
- Bimbingan (coaching)
- Dukungan (Support)

Rasional: Seorang pimpinan saat menemukan perawat yang memiliki antusiasmu tinggi dalam bekerja namun masih terbatas dalam kemampuan keperawatan haruslah mendapatkan bimbingan/ coaching Hal ini akan berpengaruh pada peningkatan kinerja perawat tersebut, terlebih lagi perawat tersebut masih tergolong perawat baru yang masih dalam belum mendapatkan kewenangan klinis untuk melakukan tindakan keperawatan secara mandiri

Pembahasan:D

178. Kepala ruang ICU sedang merencanakan pengembangan staf melalui pendidikan dan pelatihan selama 6 bulan untuk meningkatkan kemampuan serta ketrampilan staf yang berada

di ICU tersebut. Apakah fungsi manajemen keperawatan yang sedang dijalankan oleh kepala ruang tersebut?

- a. Pengorganisasian
- b. Pengaturan staf
- c. Perencanaan
- d. Pengawasan
- e. Pengarahan

Rasional: Fungsi manajemen keperawatan yang dilakukan oleh kepala ruangan tersebut adalah fungsi staffing yang mana kepala ruangan melakukan pengembangan dan-pemberian orientasi pada karyawan dalam lingkungan kerja yang menguntungkan dan produktif.

Pembahasan:B

179. Seorang kepala ruangan diruang bedah melakukan evaluasi terhadap pengendalian infeksi. Kepala ruangan melakukan observasi terhadap perawat tentang kepatuhan perawat pelaksana dalam melakukan cuci tangan dan hasilnya kurang baik. Kepala ruangan telah melakukan beberapa Tindakan mengenai ketidakpatuhan ini, salah satunya melakukan supervise secara rutin dan melakukan seminar mengenai cuci tangan pada perawat. Apakah tahap perubahan yang sudah dilakukan di ruangan tersebut?

- a. Tahap interst
- b. Tahap moving
- c. Tahap refreezing
- d. Tahap awareness
- e. Tahap unfreezing

Rasional: Tahap perubahan ini termasuk dalam tahap refreezing, yang mana setelah memiliki dukungan data dan alternatif pemecahan masalah untuk melakukan tindakan perubahan tersebut, seperti dalam kasus yaitu kepala ruangan telah melakukan supervise secara teratur bahkan membuat seminar mengenai cuci tangan.

Pembahasan:C

180. Pada saat shift pagi ketua tim dan anggota tim sedang melaksanakan timbang terima, ditemukan masalah perawatan pada klien yang terpasang infus, terdapat kemerahan pada lokasi pemasangan, infus terpasang sudah 3 hari. Pada saat di ners station ketua tim mengingatkan waktu peniasangan hoak boleh lebih dari 3 hari, disarankan untuk mengganti infus dengan yang baru agar tidak terjadi plebits. Apakah peran ketua Tim pada kasus tersebut?

- a. Sebagai konselor
- b. Sebagai evaluator
- c. Sebagai motivator
- d. Sebagai kontroling
- e. Sebagai coordinator

Rasional: Peran ketua tim dalam hal ini adalah sebagai konselor dimana ketua tim memberikan solusi atas permasalahan yang dihadapi di ruangan tersebut.

Pembahasan:A

181. Seorang Kepala ruang perawatan bedah menjalankan supervisi mengenai pendokumentasian asuhan keperawatan kepada semua perawat pelaksana yang bertugas. Saat supervise, didapatkan perawat hanya menuliskan masalah keperawatan yang dialami pasien tanpa menuliskan diagnose keperawatan. apakah Langkah yang harus dilakukan kepala ruangan tersebut?

- a. Menjelaskan mengenai pendokumentasikan sesuai standar asuhan
- b. Menegur secara lisan dengan Bahasa yang lembut dan tegas
- c. Membuat perencanaan Kembali tentang kebutuhan SDM
- d. Mendokumentasikan semua kejadian saat supervise
- e. Membuat Analisa situasi

Rasional: Hasil temuan ini ditindaklanjuti saat sebaiknya langsung itu juga dengan memberikan penjelasan mengenai standar pendokumentasian asuhan keperawatan. Saat melakukan supervise pula kepala ruangan sebaiknya melakukan pengkajian/ analisis situasi mengenai faktor apa saja yang menyebabkan pendokumentasian keperawatan jauh dari standar yang diharapkan agar dapat menemukan solusi penyelesaian masalah.

Pembahasan:A

182. Seorang laki-laki berusia 60 tahun dirawat. Hasil pengkajian didapatkan nyeri pada kedua lutut kakinya, klien tersebut mengalami disorientasi dan gelisah, riwayat sebelum masuk RS pernah jatuh dari tempat tidur. Bagaimanakah upaya perawat untuk menghindari resiko jatuh pada klien tersebut?

- a. Ajarkan kepada klien dan keluarga untuk memanggil perawat jika ingin turun dari tempat tidur
- b. Memberikan Saran untuk melakukan aktivitas hanya di tempat tidur saja
- c. Rendahkan ketinggian tempat tidur klien saat ditinggal perawat
- d. Selalu memasang penghalang/pengaman tempat tidur
- e. Pilihkan tempat tidur klien dekat dengan nurse station

Rasional: Dalam buku "Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care" disebutkan upaya upaya untuk mengurangi terjadinya kejadian pasien terjatuh di rumah sakit, yaitu:

- Membiasakan pasien dengan lingkungan sekitarnya.
- Menunjukkan pada pasien alat bantu panggilan darurat.
- Posisikan alat bantu panggil darurat dalam jangkauan.
- Posisikan barang-barang pribadi dalam jangkauan pasien.
- Menyediakan pegangan tangan yang kokoh di kamar mandi, kamar, dan lorong.
- Posisikan sandaran tempat tidur rumah sakit di posisi rendah ketika pasien sedang beristirahat, dan posisikan sandaran tempat tidur yang nyaman ketika pasien tidak tidur.
- Posisikan rem tempat tidur terkunci pada saat berada di bangsal rumah sakit.
- Menjaga roda kursi roda di posisi terkunci ketika stasioner.
- Gunakan alas kaki yang nyaman, baik, dan tepat pada pasien.
- Gunakan lampu malam hari atau pencahayaan tambahan.
- Kondisikan permukaan lantai bersih dan kering. Bersihkan semua tumpahan.
- Kondisikan daerah perawatan pasien rapi.
- Ikuti praktek yang aman ketika membantu pasien pada saat akan ke tempat tidur dan meninggalkan tempat tidur.

Pembahasan:A

183. Seorang perawat menjelaskan kepada teman sejawatnya tentang suatu metode untuk menggali dan membahas secara mendalam masalah keperawatan yang terjadi pada pasien dan metode asuhan tersebut juga melibatkan pasien secara langsung sebagai fokus kegiatan. Perawat tersebut telah menggali masalah yang terjadi, memeriksa data yang ada, penyebab masalah tersebut serta pendekatan dan Validasi data. Apakah tahapan yang dilakukan perawat tersebut?

- a. Tahap pra ronde
- b. Tahap pemeriksaan pasien
- c. Tahap ronde di bed pasien

- d. Tahap ronde di tim perawat
- e. Tahap ronde di nurse station

Rasional: Tahap yang dilakukan oleh perawat tersebut adalah tahap ronde keperawatan yang mana dilakukan dengan melibatkan pasien. Ronde keperawatan adalah suatu kegiatan untuk mengatasi keperawatan klien yang dilaksanakan oleh perawat dengan melibatkan pasien untuk membahas & melaksanakan asuhan keperawatan, yang dilakukan oleh Perawat Primer dan atau konsuler, kepala ruang, dan perawat pelaksana, serta melibatkan seluruh anggota tim

Pembahasan:C

184. Seorang kepala bidang keperawatan, sedang menyusun kebutuhan tenaga perawat yang ada dirumah sakit, dari hasil analisa kebutuhan tenaga akan banyak memerlukan perawat baru dikarenakan banyak yang sudah mendekati pensiun Apakah fungsi manajemen yang sedang dilaksanakan pada kasus tersebut?
- a. Pengarahan
 - b. Perencanaan
 - c. Pengendalian
 - d. Pengaturan Staf
 - e. Pengorganisasian

Rasional: Fungsi manajemen yang berlaku pada kasus ini adalah fungsi pengaturan staf yang dalam hal ini akan melakukan rekrutmen perawat baru. Dalam melakukan rekrutmen perlu diperhatikan hal-hal penting lainnya mulai dari perencanaan sumber daya manusia yang meliputi perkiraan, permintaan, dan suplay tenaga kerja

Pembahasan:D

185. Seorang kepala ruangan yang sedang mempersiapkan pembenahan ruangan termasuk metode asuhan, saat ini kepala Ruangan tersebut mendapatkan tugas baru dari direktur rumah sakit untuk segera berangkat mengikuti kegiatan pelatihan manajerial. Sebagai kepala ruangan sebagian tugas didelegasikan kepada staf perawat di bawahnya. Apakah aspek terpenting yang harus diperhatikan kepala ruangan tersebut?
- a. Menciptakan suasana memotivasi
 - b. Mempercayakan kekuasaan penuh
 - c. Mempercayakan pekerjaan untuk dilaksanakan
 - d. Memastikan memberikan tugas pada staf yang berkompeten
 - e. Mempercayakan tugas pada staf perawat baru yang tidak terlalu banyak pekerjaan

Rasional: Hal terpenting seorang manajer dalam memberikan delegasi kepada bawahan adalah memastikan bahwa orang yang diberikan delegasi tersebut kompeten terhadap tugas yang akan diberikan. Hal ini untuk menghindari kegagalan proses delegasi yang diakibatkan oleh tidak efektifnya penyelesaian tugas. Bukan hanya itu, memberikan tugas kepada staf yang berkompeten akan membuat kepercayaan seorang manajer lebih besar

Pembahasan:D

186. Seorang perempuan, usia 39 tahun dirawat pada bangsal penyakit dalam, dari hasil pengkajian ketergantungan klien didapatkan data klien memerlukan perawatan 3-4 jam/24 jam, ambulasi dibantu, klien terpasang infus dan kateter dan perlu observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam. Apakah derajat ketergantungan klien terhadap kebutuhan keperawatan berdasarkan kriteria Douglas?
- a. Self Care
 - b. Total Care
 - c. Parsial Care
 - d. Minimal Care

e. Intensive Care

Rasional: Klasifikasi Pasien Berdasarkan Derajat Ketergantungan Menurut Douglas:

PERAWATAN MINIMAL (1-2 JAM/24 JAM)

- Keberihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri
- Makan dan minum dilakukan sendiri
- Ambulasi dengan pengawasan
- Observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap pergantian jaga
- Pengobatan minimal, status psikologis stabil
- Perawatan luka sederhana

PERAWATAN INTERMEDIET / PARTIAL (3-4 JAM / 24 JAM)

- Kebersihan diri dibantu, makan minum dibantu
- Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam
- Ambulasi dibantu
- Pengobatan dengan injeksi
- Pasien dengan kateter urine
- Pasien dengan infuse
- Observasi balance cairan ketat

PERAWATAN MAKSIMAL / TOTAL (5-6 JAM/24 JAM)

- Semua kebutuhan pasien dibantu
- Perubahan posisi, observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam
- Makan melalui selang lambung
- Pengobatan intra vena
- Pemakaian suction
- Gelisah/ disorientasi
- Perawatan luka kompleks

Pembahasan:C

187. Seorang laki-laki berusia 59 tahun dirawat di ruang ICU, dari hasil pengkajian, pasien terpasang NGT dan perlu diberikan asupan nutrisi melalui NGT. Semua kebutuhan pasien dibantu oleh perawat mulai dari pemberian makan hingga perubahan posisi klien. Apakah derajat ketergantungan klien terhadap kebutuhan keperawatan berdasarkan kriteria Douglas?

- a. Self Care
- b. Total Care
- c. Parsial Care
- d. Minimal Care
- e. Intensive Care

Rasional: Klasifikasi Pasien Berdasarkan Derajat Ketergantungan Menurut Douglas:

PERAWATAN MINIMAL (1-2 JAM/24 JAM)

- Keberihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri
- Makan dan minum dilakukan sendiri
- Ambulasi dengan pengawasan
- Observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap pergantian jaga
- Pengobatan minimal, status psikologis stabil
- Perawatan luka sederhana

PERAWATAN INTERMEDIET / PARTIAL (3-4 JAM / 24 JAM)

- Kebersihan diri dibantu, makan minum dibantu
- Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam
- Ambulasi dibantu
- Pengobatan dengan injeksi
- Pasien dengan kateter urine
- Pasien dengan infuse
- Observasi balance cairan ketat

PERAWATAN MAKSIMAL / TOTAL (5-6 JAM/24 JAM)

- Semua kebutuhan pasien dibantu

- Perubahan posisi, observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam
- Makan melalui selang lambung
- Pengobatan intra vena
- Pemakaian suction
- Gelisah/ disorientasi
- Perawatan luka kompleks

Pembahasan: B

188. Seorang laki-laki usia 42 thn datang ke poliklinik dengan keluhan badan panas, tidak nafsu makan dan kurang bisa merasa dan membau. Pemeriksaan nyeri tekan perut kanan atas, sklera, hepatomegali dan splenomegali, tekanan darah 130/80, nadi 84x/m, nafas 20x/m, suhu 38 °C. diagnosis medis hepatitis akut. Apakah fase hepatitis yang sesuai dengan keluhan pada kasus tersebut?

- a. Konvalesen
- b. Post dormal
- c. Prodormal
- d. Inkubasi
- e. Ikterik

Rasional: Fase pada hepatitis akut terdiri dari : inkubasi, prodormal (pra ikterik), ikterus dan kanvalesen. Konvalesen adalah proses penyembuhan, post dormal (tidak ada), prodormal ditandai dengan badan panas, tidak nafsu makan dan kurang bisa merasa dan membau dan timbulnya ikterus, Inkubasi (tahap awal), dan Ikterik sudah ada ikteriknya.

Pembahasan: C

189. Seorang laki-laki berusia 28 tahun diruang perawatan penyakit dalam akan diberikan diphenhydramine untuk menekan batuk yang sering. Batuk sudah 1 minggu, pernah punya Riwayat gasgritis. Perawat mengajarkan kepada pasien ini tentang efek pemberian diphenhydramine. Apakah pernyataan pasien yang perlu mendapatkan instruksi lebih lanjut?

- a. Saya akan minum obat dalam keadaan perut kosong
- b. Saya tidak akan minum obat bersamaan dengan alkohol
- c. Saya akan makan permen bebas gula atau obat kumur untuk mengurangi sensasi mulut kering
- d. Saya tidak akan melakukan aktivitas yang membutuhkan kewaspadaan mental saat minum obat
- e. Saya akan minum obat 15 menit setelah makan

Rasional: Diphenhydramine memiliki beberapa kegunaan, termasuk sebagai antihistamin, antitusif, antidiskinetik, dan sedatif-hipnotik. Instruksi yang perlu disampaikan menggunakan obat ini termasuk di antaranya untuk meminumnya dengan makanan susu untuk mengurangi sensasi tidak nyaman pada perut, dan penggunaan obat kumur ataupun permen karet bebas gula dan permen dapat digunakan untuk mengurangi sensasi mulut kering. Karena penggunaan obat ini juga dapat menyebabkan gejala berputar, pasien dianjurkan untuk menghindari pemakaiannya bersama dengan alkohol atau agen yang menekan aktivitas saraf pusat, mengendara mobil dan kendaraan, ataupun aktivitas lain yang membutuhkan kewaspadaan/konsentrasi.

Pembahasan: A

190. Seorang laki-laki berusia 54 tahun masuk ke ruang penyakit dalam dengan keluhan nyeri dada dan riwayat diabetes mellitus tipe 2. Pemeriksaan fisik ditemukan tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 15 x/menit. Pasien direncanakan tindakan kateterisasi jantung. Apakah tindakan pengobatan yang harus dihentikan sejak 24 jam sebelum kateterisasi jantung sampai 48 jam setelah tindakan?

- a. Insulin regular
- b. Glipizide
- c. Repaglinide
- d. Metformin
- e. Furosemide

Rasional: Pemberian metfarmin perlu dihentikan sejak 24 jam sebelum sampai dengan 48 jam setelah kateterisasi jantung karena injeksi kontras selama tindakan. Kontras akan mempengaruhi fungsi ginjal, dengan adanya substansi metformin akan meningkatkan risiko asidosis laktat. Sedangkan sisa pilihan jawaban lain tidak mengindikasikan penghentian pemberian 24 jam sebelum sampai dengan 48 jam setelah prosedur kateterisasi jantung

Pembahasan: D

191. Seorang laki-laki berusia 30 tahun yang menjalani pembedahan jantung 24 jam sebelumnya, mengalami luaran urine terukur 20 ml/jam selama 2 jam. Pasien mendapatkan dosis tunggal 500 ml. cairan intravena, Luaran urine terukur selama 1 jam terakhir 25mL. Hasil pemeriksaan laboratorium harian menunjukkan kadar urea nitrogen dalam darah (BUN) 45 mg/dl, dan kadar serum kreatinin 2,2 mg/dL. Apakah resiko yang harus diwaspadai perawat pada kasus tersebut?
- a. Hipovolemia
 - b. Gagal ginjal akut
 - c. Glomerulonefritis
 - d. Infeksi saluran kemih
 - e. Hiperkalsemia

Rasional: Pasien yang menjalani pembedahan jantung berisiko terhadap gangguan ginjal akut akibat penurunan kualitas perfusi, hemolisis, dan penurunan curah jantung, atau efek pemberian vasopressor. Gangguan ginjal ditandai dengan penurunan luaran urine dan peningkatan urea nitrogen dalam darah dan kadar kreatinin. Pasien akan membutuhkan pengobatan untuk meningkatkan perfusi ginjal dan mungkin membutuhkan dialysis peritoneal ataupun hemodialisis. Tidak ada petunjuk tentang hipovolemia, glomerulonefritis, dan infeksi saluran kemih dan hiperkalsemia

Pembahasan: B

192. Perawat memperhatikan monitor jantung seorang pasien laki-laki berusia 56 tahun di bangsal penyakit dalam dengan diagnosis gagal jantung dan mengetahui adanya perubahan mendadak pada irama jantung. Gelombang P hilang, dan kompleks QRS melebar, dan irama ventrikuler teratur namun melebihi 140 bpm. Apakah jenis irama jantung yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Sinus takikardi
 - b. Ventrikel fibrilasi
 - c. Ventrikuler takikardia
 - d. Kontraksi ventrikuler prematur (PVC)
 - e. Sinus bradikardi

Rasional: Ventrikuler takikardia ditandai dengan ketiadaan gelombang P dan pelebaran kompleks QRS (lebih dari 0,12 detik), dan kecepatan jantung meningkat di antara 140 dan 180 x/menit, sedangkan irama jantung teratur.

Pembahasan: C

193. Seorang pasien laki-laki 30 tahun di ruang melati dengan atrial fibrilasi. Pasien akan menerima pemberian infus heparin berkelanjutan dengan dosis 1000 unit/jam. Perawat

mempersiapkan pemberian obat tersebut. Apakah pemeriksaan laboratorium yang harus diketahui perawat untuk pemberian obat tersebut?

- a. Waktu protrombin 12,5 detik
- b. Waktu activated partial thromboplastin 60 detik
- c. Waktu activated partial thromboplastin 28 detik
- d. Waktu activated partial thromboplastin lebih dari 120 detik
- e. Waktu activated partial thromboplastin 30 detik

Rasional: Hasil pemeriksaan laboratorium untuk rerata waktu activated partial thromboplastin adalah 20 sampai dengan 38 detik. Karena waktu activated partial thromboplastin harus 1,5 hingga 2,9 kali lebih lama dari nilai normal, waktu activated partial thromboplastin pasien yang dapat diberikan medikasi pada seputar 60 detik.

Pembahasan: B

194. Ny Hasna 28 tahun di ruang penyakit dalam dengan disritmia jantung. Pasien mendapat terapi procainamide. Selama menjalani terapi intravena, pasien mengeluhkan pusing. Apakah intervensi keperawatan yang pertama kali pada pasien tersebut?

- a. Mengukur kecepatan irama jantung
- b. Membentkan nitroglycerin tablet sebagaimana diresepkan
- c. Segera lakukan pemeriksaan EKG 12-lead
- d. Mengauskultasi apeks detak jantung pasien dan memeriksa tekanan darah
- e. Memantau adanya hipersensitivitas

Rasional: Tanda keracunan procainamide di antaranya kebingungan/disorientasi, pusing, keluhan mengantuk, penurunan keluaran urine, mual, muntah, dan peningkatan kecepatan jantung dengan irama tidak teratur. Jika pasien mengeluhkan pusing, perawat harus memeriksa tanda-tanda vital terlebih dahulu. Meski memeriksa irama jantung dan melaksanakan pemeriksaan EKG 12-lead juga penting, pemeriksaan ini dapat dilakukan setelah tanda vital diperiksa. Nitroglycerin adalah agen vasodilator dan akan menurunkan tekanan darah.

Pembahasan: D

195. Seorang perempuan berusia 19 tahun dibawa ke rumah sakit dengan diagnosis pankreatitis akut. Pasien mengeluh nyeri dan hasil pemeriksaan fisik ditemukan tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 18 x/menit. Apakah pemeriksaan nyeri yang sesuai dengan diagnosis pankreatitis tersebut?

- a. Panas dan sakit, di kuadran kiri bawah dan menjalar ke panggul
- b. Nyeri berat dan terus-menerus, pada area epigastrium dan menjalar ke punggung
- c. Panas dan sakit, terletak pada area epigastrium dan menjalar ke umbilicus
- d. Nyeri berat dan terus menerus, pada kuadran kiri bawah dan menjalar ke pangkal paha.
- e. Nyeri berat dan terus menerus, pada area epigastrium dan menjalar ke panggul

Rasional: Nyeri akibat pankreatitis akut seringkali berat dan terus menerus, pada area epigastrium dan menjalar ke punggung. Pilihan jawaban lain tidak benar

Pembahasan: B

196. Seorang wanita berusia 18 tahun masuk rumah sakit dengan hepatitis infeksi virus, mengeluhkan kehilangan nafsu makan dan kehilangan selera makan. Pemeriksaan fisik ditemukan berat badan 35 kg. Tinggi badan 170 cm. Badan terlihat kurus. Apakah intervensi keperawatan untuk mempertahankan asupan nutrisi pada kasus tersebut?

- a. Memilih makanan tinggi lemak
- b. Meningkatkan asupan cairan, termasuk jus
- c. Makan porsi tambahan jika gejala anoreksia tidak berat

- d. Makan lebih jarang, lebih baik makan hanya tiga kali sehari
- e. Memilih makanan yang tinggi protein tetapi rendah karbohidrat

Rasional: dengan meningkatkan asupan cairan dan nutrisi lewat jus, diharapkan dapat mempertahankan asupan nutrisi dengan baik.

Pembahasan: B

197. Seorang perawat sedang memeriksa seorang laki-laki berusia 28 tahun dengan diagnosis ulkus peptikum. Pasien mengatakan sering mengalami gastritis. Pemeriksaan fisik ditemukan tekanan darah 90/70 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit. Pasien mengeluh nyeri hebat daerah perutnya. Apakah pemeriksaan yang paling menunjukkan kejadian perforasi lambung?

- a. Bradikardia
- b. Tungkai kedua kaki mati rasa
- c. Mual dan muntah
- d. Perut yang kaku seperti papan
- e. Hipovolemia

Rasional: Perforasi lambung adalah kondisi darurat bedah yang memiliki karakteristik nyeri berat yang mendadak dan tajam, dan tidak dapat ditoleransi pada area medio-epigastrium dan meluas ke seluruh abdomen dan kemudian menyebabkan perut menjadi kaku dan seperti papan. Mual dan muntah dapat terjadi, takikardia dapat muncul sebagai akibat syok hipovolemik. Sensasi mati rasa pada tungkai tidak berhubungan dengan kasus ulkus peptikum.

Pembahasan: D

198. Seorang pasien usia 18 tahun di rawat di teratai dengan diagnose cedera otak sedang. Pasien mengeluh kepalanya terasa nyeri, mual, dan pandangan agak kabur. Pemeriksaan tanda vital tidak normal. Apakah hasil pemeriksaan tanda vital yang menunjukkan peningkatan tekanan intracranial pada pasien tersebut?

- a. Peningkatan suhu tubuh, kecepatan nadi dan irama napas, dan penurunan tekanan darah.
- b. Peningkatan suhu tubuh, penurunan kecepatan nadi dan irama napas, dan peningkatan tekanan darah.
- c. Penurunan suhu tubuh, penurunan kecepatan nadi, peningkatan kecepatan irama napas dan penurunan tekanan darah
- d. Penurunan suhu tubuh, peningkatan kecepatan nadi, penurunan kecepatan napas dan peningkatan tekanan darah
- e. Peningkatan suhu tubuh dan kecepatan nadi, penurunan kecepatan napas dan penurunan tekanan darah

Rasional: Perubahan pada tanda-tanda vital mungkin merupakan tanda lanjutan peningkatan tekanan intrakranial. Gejalanya meliputi peningkatan suhu tubuh dan tekanan darah, penurunan kecepatan nadi dan irama napas. Irama napas tidak teratur juga dapat terjadi.

Pembahasan: B

199. Seorang perempuan berusia 18 tahun masuk ke rumah sakit dengan fraktur basis kranialis. Pemeriksaan fisik ditemukan cairan merah keluar dari telinga, ada cairan jernih keluar dari lubang hidung. Hasil pengajikan TD 90/60 mmHg, frekuensi napas 20X/menit. frekuensi nadi 100x/menit. Apakah evaluasi pada pasien tersebut untuk mengetahui cairan serebrospinal yang keluar?

- a. Cairan jernih dan tes kandungan glukosa negative

- b. Cairan bercampur darah dengan pH 6
- c. cairan bergumpai pada pembalut luka dengan pH 7
- d. Cairan yang tidak menyatu dengan tes kandungan glukosa positif
- e. Cairan bercampur darah dengan hasil tes kandungan gula positif

Rasional: Terjadinya keluaran cairan serebrospinal (cerebrospinal fluid/CSF) dari hidung atau telinga merupakan tanda fraktur basis kranii. CSF dapat dibedakan dari bentuk cairan tubuh lain karena ia akan terpisah menjadi substansi berwarna kemerahan kekuningan dengan batas tegas pada balutan luka, disebut sebagai halo sign. Cairan ini juga secara positif memiliki kandungan gula.

Pembahasan: D

200. Seorang pasien usia 20 tahun dirawat di ruang orthopedi dengan diagnosis syok spinal akibat trauma tulang belakang. Perawat sedang mengevaluasi tanda gejala neurologis. Apakah pemeriksaan fisik yang tepat untuk menunjukkan syok spinalis menetap?
- a. Hiperrefleksia
 - b. Refleks positif
 - c. Kelumpuhan
 - d. Refleks pengosongan kandung kemih
 - e. Sensasi mual

Rasional: Syok spinalis yang mulai berakhir ditandai kembalinya respons-respons refleks (khususnya Gerakan fleksi jika diberikan rangsang pada kulit), status hiperrefleksia dibanding kelumpuhan, dan refleks mengosongkan kandung kemih. Sensasi mual terjadi karena disrefleksia otonom.

Pembahasan: C

201. Seorang perawat mendaftarkan laki-laki berusia 18 tahun dengan trauma multipel ke unit perawatan. Pasien mengalami fraktur tungkai kaki dan sudah dipasangkan fiksasi eksternal menggunakan gips. Hasil pengukuran tekanan darah 110/ 70 mmHg, frekuensi napas 18 x/menit, frekuensi nadi 100x/ menit. Apakah intervensi yang tepat untuk posisi kaki yang sakit tersebut?
- a. Mendatar selama 12 jam, dan dinaikkan selama 12 jam
 - b. Dinaikkan (elevasi) selama 3 jam dan rata mendatar selama 1 jam
 - c. Rata mendatar selama 3 jam dan dielevasikan selama 1 jam
 - d. Dielevasikan menggunakan bantal secara terus menerus selama 24 jam
 - e. Dielevasikan selama 12 jam dan mendatar sampai dengan 6 jam

Rasional: Ekstremitas yang difiksasi menggunakan gips perlu dielevasikan selama 24 sampai 48 jam pertama untuk meminimalkan pembengkakan dan memfasilitasi aliran vena. Pilihan A, B, C, dan E tidak tepat.

Pembahasan: D

202. Seorang laki-laki usia 40 tahun dirawat di ruang penyakit dalam, dengan keluhan: sesak nafas setelah kontak dengan kucing. Pada pemeriksaan tampak lemas, bunyi nafas terdengar wheezing, terlihat retraksi dada dan frekuensi nafas 32 kali/ menit dan suhu tubuh 38,1 °C. Manakah masalah keperawatan yang paling utama pada kasus di atas?
- a. pola nafas tidak efektif
 - b. jalan nafas tidak efektif
 - c. gangguan perfusi jaringan.
 - d. gangguan keseimbangan suhu tubuh: hipertermi
 - e. gangguan pemenuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan

Rasional: Pada pasien asthma bronchiale terjadi spasme pada daerah bronkhus akibat dari kontak dengan bahan yang bersifat allergen. Brokhospasme dapat menyebabkan penyempitan jalan nafas atas dan pada akhir nya menimbulkan sesak nafas, wheezing dan peningkatan frekuensi nafas. Sehingga masalah utama pada pasien tersebut adalah jalan nafas tidak efektif. Kata kunci pada data adalah sesak nafas, wheezing dan retraksi

Pembahasan: B

203. Seorang perempuan usia 50 tahun dirawat di ruang penyakit dalam, dengan keluhan: bengkak pada ekstremitas bawah. Pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya distensi tekanan vena jugularis, berat badan 78 Kg, tinggi badan 150 cm. Saat ini pasien akan diberikan obat digoksin sesuai dengan program terapi. Apakah tindakan pertama yang harus dilakukan oleh perawat sebelum pemberian obat tersebut?

- a. catat intake output
- b. mengukur tanda-tanda vital
- c. menimbang berat badan pasien
- d. mengatur posisi pasien: semi fowler
- e. memeriksa tingkat kesadaran pasien.

Rasional: Pasien gagal jantung kanan mengalami penurunan cardiac output, karena terjadi resistensi vaskuler sehingga terjadi peningkatan tekanan hidrostatik pada pembuluh darah kafil, hal ini mendorong terjadi nya ekstrasvasi cairan dari intra vaskuler ke ekstra vaskuler, sehingga terjadi edema ekstremitas. Penurunan cardiac output juga menyebabkan aliran balik darah dari vena cava superior terhambat dan hal ini memicu terjadinya distensi vena jugularis. Salah satu tindakan yang dilakukan oleh dokter adalah pemberian obat digoksin, yang memiliki efek terjadinya perubahan tekanan darah dan nadi, dengan demikian sebelum obat tersebut diberikan perawat harus mengukur/mengecek tanda vital dulu untuk mengantisipasi dampak yang timbul dari pemberian obat tersebut

Pembahasan: B

204. Seorang ibu datang ke poliklinik kandungan untuk memeriksakan kehamilannya yang menginjak usia 7 bulan, selain itu juga mengeluh kulit perutnya terasa gatal, dan bergaris-garis serta tampak tidak mulus lagi seperti sebelum hamil. Apakah intervensi utama yang diberikan untuk keluhan yang dirasakan ibu tersebut?

- a. Mengajarkan ibu untuk tidak menggaruk daerah yang gatal
- b. Menjelaskan perubahan yang terjadi pada integumen ibu hamil
- c. Mengajarkan kepada ibu bahwa gatal pada saat hamil sudah biasa
- d. Mengajarkan kepada ibu untuk selalu menjaga kebersihan diri selama hamil
- e. Menginformasikan kepada ibu untuk menghindari makanan yang dapat memicu gatal

Rasional: Ibu hamil mengalami perubahan fisiologis salah satunya adalah pada integumen, integumen pada abdomen mengalami perubahan karena hormonal sehingga ibu harus diberikan edukasi perubahan yang terjadi selama hamil salah satunya integumen. Perubahan pada integumen akan berubah atau menghilang berangsur-angsur setelah persalinan.

Pembahasan: B

205. Seorang bayi perempuan usia 3 bulan, datang ke poliklinik anak untuk mendapatkan imunisasi dasar, karena sampai saat ini bayi belum pernah mendapatkannya disebabkan kesehatannya selalu terganggu. Hasil pemeriksaan bayi sehat, atas anjuran dokter bayi boleh diberikan imunisasi BCG. Bagaimanakah cara pemberian imunisasi diatas ?

- a. oral
- b. Intra vena
- c. Sub cutan
- d. Intra cutan
- e. Intra muscular

Rasional: Immunisasi merupakan usaha memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukan vaksin kedalam tubuh agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah penyakit tertentu. Vaksin BCG adalah vaksin yang diberikan melalui suntikan dengan metode intra dermal /Intra kutis (IC) .

Pembahasan: D

206. Seorang Laki-laki berusia 65 tahun tinggal di panti. Hasil pengkajian didapatkan data kadang sulit menahan BAK, kadang ngompol sebelum sampai kekamar mandi terutama pada malam hari. Hasil pemeriksaan : TD:130/80 mmHg, BB 65kg, TB 165 cm. Apakah tindakan pertama perawat untuk kasus tersebut ?

- a. Latihan otot pelvis
- b. Modifikasi lingkungan
- c. Kontrol ketahanan berkemih
- d. Pertahanan keseimbangan cairan
- e. Kurangi minum pada malam hari

Rasional: Sistem perkemihan lansia mengalami penurunan yang akibat degeneratif korteks serebri menyebabkan jumlah nefron berkurang, aliran darah ke ginjal menurun. Otot otot saluran perkemihan mengalami hipertropi dan otot dasar panggul mengalami kelemahan /relaksasi sulit menahan BAK, terjadi kontraksi saat pengisian kandung kemih sehingga langsung berespon untuk berkemih. Untuk dapat meminimalkan lansia ngompol malam hari maka langkah pertama yang perlu dicoba adalah pembatasan minum terutama malam hari. Langkah yang lain diperhitungkan sesuai hasil pengkajian lengkap kemudian

Pembahasan: E

207. Hasil pengkajian terhadap sebuah Posbindu ditemukan data sebanyak 54 % dari 70 lansia mengalami Hipertensi, 53 % tidak menjalankan pola hidup sehat , 25 % factor herediter. Selanjutnya perawat bersama-sama lansia akan melakukan relaksasi nafas dalam untuk menurunkan ketegangan sehingga diharapkan tekanan darahnya bisa stabil. Manakah peran yang sedang dilakukan perawat dalam kegiatan tersebut ?

- a. Educator
- b. Advocate
- c. collaborator
- d. Role model
- e. Care provider

Rasional: Care provider yaitu pemberi asuhan keperawatan, dimana dalam kasus diatas perawat memberikan asuhan keperawatan dengan cara melatih relaksasi nafas dalam kepada para lansia

Pembahasan: E

208. Seorang laki-laki usia 40 dirawat di RS karena mengeluh pusing dan nyeri kepala terus menerus. Pasien mengatakan sudah menderita hipertensi sejak 5 tahun lalu dan orang tuanya juga meninggal karena hipertensi. Pasien memiliki kebiasaan merokok, suka makan makanan yang berlemak dan minum kopi serta kurang olah raga. Manakah dari riwayat atau kebiasaan pasien tersebut yang merupakan faktor resiko hipertensi yang tidak bisa dirubah?

- a. kebiasaan makan makanan berlemak
- b. kebiasaan minum kopi
- c. kebiasaan merokok
- d. kurang berolah raga
- e. riwayat herediter

Rasional: Hipertensi dapat dipicu oleh 2 faktor resiko, yaitu faktor resiko yang tidak dapat dirubah dan faktor resiko yang dapat dirubah. Faktor resiko yang tidak dirubah, yaitu: usia, jenis kelamin, herediter (riwayat orang tua), dan ras serta kepribadian type A. Sedangkan faktor yang dapat dirubah yaitu lebih banyak dari faktor perilaku, yaitu: kebiasaan merokok, makan makanan tinggi lemak dan tinggi garam, minum minuman beralkohol, minum kopi, kurang olah raga dan stress.

Pembahasan: E

209. Seorang wanita berusia 62 tahun dirawat di ruang penyakit dalam karena mengalami nyeri dada ketika sedang jalan-jalan pagi di sekitar rumahnya. Nyeri menjalar dari dada kiri kemudian menyebar ke punggung dan dirasakan hilang timbul. Pada pemeriksaan fisik diperoleh terdengar bunyi jantung tambahan dan irama irreguler. Apakah jenis pemeriksaan diagnostik yang diperlukan untuk memastikan penyebab keluhan pada pasien tersebut?

- a. pemeriksaan USG jantung
- b. pemeriksaan treadmill.
- c. pemeriksaan rontgen
- d. pemeriksaan urine
- e. pemeriksaan EKG

Rasional: Pasien yang mengalami serangan angina pectoris umumnya mengalami nyeri dada yang menjalar dari dada kiri terus ke punggung, intensitas nya makin berat seperti ditimpa beban berat disertai dengan sesak nafas dan tidak hilang dengan diistirahatkan. Untuk memastikan nya perlu pemeriksaan diagnostik yaitu EKG

Pembahasan: E

210. Seorang perempuan, umur 60 tahun, dirawat di RS karena mengalami gagal jantung. Klien mengeluh: kedua kaki bengkak, cepat lelah dan sesak nafas jika tidur terlentang. Apakah masalah keperawatan utama pada pasien tersebut?

- a. penurunan perfusi jaringan perifer
- b. kelebihan volume cairan tubuh
- c. penurunan curah jantung
- d. gangguan istirahat tidur
- e. pola nafas tidak efektif

Rasional: Pasien gagal jantung mengalami penurunan curah jantung, akibat dari ketidakmampuan jantung memompa darah ke seluruh tubuh, sehingga suplay ke jaringan menurun timbulah sesak nafas dan mudah lelah. Penurunan curah jantung juga menyebabkan peningkatan tekanan

hidrostatik pada pembuluh darah kapiler, hal ini mendorong terjadi nya ekstrasvasi cairan dari intra vaskuler ke ekstra vaskuler, sehingga terjadi edema pada ekstremitas.

Pembahasan: C

211. Seorang laki-laki usia 25 tahun dirawat di RS dengan keluhan muntah dan BAB cair lebih dari 15 kali sejak semalam. Pada pemeriksaan fisik tampak: turgor kulit menurun, mukosa bibir kering, kesadaran lethargis, tekanan darah 85/50 mmHg, dan frekuensi nadi 110 kali/menit teraba lemah. Apakah prioritas rencana keperawatan yang perlu diberikan pada pasien tersebut?
- lakukan pemberian cairan infus sesuai dengan program medis.
 - berikan minum oralit sebanyak 2 liter
 - observasi tingkat kesadaran pasien.
 - observasi tanda-tanda vital.
 - observasi intake output.

Rasional: Pasien gastroenteritis mengalami peradangan pada usus halus dan colon nya sehingga meningkatkan peristaltik usus dan menurunkan proses reabsorpsi air dan elektrolit terutama natrium akibatnya pasien akan kekurangan cairan (dehidrasi). Pada soal tersebut, pasien tampak sudah mengalami dehidrasi berat dan mengarah pada kondisi pre syok. Untuk itu prioritas tindakan keperawatan sesuai dengan kasus tersebut adalah pemberian cairan melalui infus sebagai upaya rehidrasi cairan dan elektrolit agar syok hipovolemik dapat dicegah.

Pembahasan: A

212. Seorang laki-laki usia 28 tahun dirawat di RS dengan keluhan demam selama 7 (tujuh) hari, badan dirasakan lemah dan tidak ada nafsu makan. Hasil pemeriksaan fisik ditemukan suhu tubuh 38.5°C, lidah, kulit, dan rambut kotor. Hasil lab menunjukkan test widal (+). Apakah prioritas intervensi yang harus dilakukan pada pasien di atas?
- berikan nutrisi dengan porsi kecil tapi sering
 - lakukan kompres dingin pada daerah ketiak.
 - bantu kebutuhan personal hygiene pasien
 - berikan minum air putih 2 liter per hari.
 - batasi aktifitas pasien

Rasional: Typhus abdominalis merupakan peradangan pada usus halus yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Salmonella typhosa*, Paratyphi A, B, C. Akibat dari proses infeksi ini akan terjadi peningkatan suhu tubuh diikuti penurunan nafsu makan, bibir kering, lidah kotor dan seluruh tubuh juga kotor. Peningkatan suhu tubuh (hyperthermi pada pasien typhus sangat khas terjadi pada sore dan malam hari dan akan turun pada pagi dan siang hari. Pada soal terdapat data kunci yaitu keluhan demam dan suhu tubuh 38.5°C. Untuk itu problem utama pada pasien typhus adalah gangguan keseimbangan suhu tubuh: hiperthermi, sehingga prioritas intervensi yang harus dilaksanakan adalah lakukan kompres dingin pada daerah ketiak (Kunci Jawaban B).

Pembahasan: B

213. Seorang laki-laki umur 35 tahun dirawat di RS karena mengalami trauma kepala. Pada saat dikaji pasien hanya bisa membuka mata dengan rangsang suara sambil tangannya berusaha melokalisasi rangsang nyeri yang diberikan dan pasien mengeluarkan suara yang membingungkan. Berapakah nilai total GCS pasien tersebut?
- 15
 - 14

- c. 13
- d. 12
- e. 11

Rasional: Pasien dengan trauma kepala seringkali mengalami penurunan kesadaran. Untuk menilai tingkat kesadaran dapat menggunakan GCS atau glasgow coma scale. Pada GCS ada 3 parameter yang dinilai yaitu respon membuka mata atau Eyes opened (E), respon motorik (M) dan respon verbal (V). Cara penilaian GCS:

No	Jenis pemeriksaan	Nilai	Respon
1	Eye opened (mata)		
	a. spontan	4	Mata terbuka secara spontan
	b. rangsangan suara	3	Mata terbuka terhadap perintah verbal
	c. rangsangan nyeri	2	Mata terbuka terhadap rangsangan nyeri
	d. tidak ada	1	Tidak membuka mata terhadap rangsangan apapun
2	Respon verbal		
	a. orientasi baik	5	Orientasi baik dan mampu berbicara
	b. bingung	4	Disorientasi dan bingung
	c. mengucapkan kata-kata yang tidak tepat	3	Mengulang kata-kata yang tidak tepat secara acak
	d. mengucapkan kata-kata yang tidak jelas	2	Mengerang atau merintih
	e. tidak ada	1	Tidak ada respon
3	Respon motorik		
	a. mematuhi perintah	6	Dapat bergerak mengikuti perintah
	b. melokalisasi	5	Dapat melokalisasi nyeri (gerakan terarah dan bertujuan ke arah rangsang nyeri)
	c. menarik	4	Fleksi atau menarik saat di rangsang nyeri contoh: menarik tangan saat kuku di tekan
	d. fleksi abnormal	3	Membentuk posisi dekortikasi. Contoh: fleksi pergelangan tangan
	e. ekstensi abnormal	2	Membentuk posisi deserebrasi. contoh : ekstensi pergelangan tangan
	f. tidak ada	1	Tidak ada respon, saat di rangsang apapun.

Pembahasan: D

214. Seorang laki-laki usia 63 tahun dirawat di RS karena mengeluh lemas, pusing disertai sering kencing dan haus. Pada pemeriksaan fisik diperoleh data kesadaran lethargis, badan tampak kurus, kulit pruritus, TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 68 kali/menit, frekuensi nafas 18 kali/menit dan suhu tubuh 36,7 °C. Manakah data spesifik yang menunjukkan pasien kemungkinan mengalami DM?
- a. Kulit pruritus dan badan kurus
 - b. Lethargis dan kulit pruritus
 - c. Badan kurus dan lethargis
 - d. Sering kencing dan haus
 - e. Pusing dan lemas

Rasional: Pada DM terjadi hyperglikemia, terjadi osmotik diuresis sehingga dapat menimbulkan banyak kencing (poliuria) dan konsekuensinya mendorong keinginan minum/merasa haus (polidipsi).

Pembahasan: D

215. Seorang laki-laki usia 49 tahun dirawat di RS. Klien mengeluh sulit menggerakkan tungkai kanan setelah mengalami benturan. Pada pemeriksaan sendi terdapat keterbatasan gerak dan pada saat diminta tungkai nya digerakan: pasien tidak dapat menahan gravitasi. Berapakah nilai kekuatan otot pasien tersebut?
- a. 0

- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4

Rasional: Pemeriksaan kekuatan otot dapat dilakukan dengan menggunakan pengujian otot secara manual (manual muscle testing/ MMT). Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui kemampuan mengontraksikan kelompok otot secara volunter. Pemeriksaan kekuatan otot menggunakan MMT akan membantu penegakan diagnosis klinis, penentuan jenis terapi, jenis alat bantu yang diperlukan, dan prognosis. Penegakan diagnosis dimungkinkan oleh beberapa penyakit tertentu yang hanya menyerang otot tertentu pula. Kriteria hasil pemeriksaan MMT adalah:

- Normal (5) mampu bergerak dengan luas gerak sendi penuh, melawan gravitasi, dan melawan tahanan maksimal.
- Good (4) mampu bergerak dengan luas gerak sendi penuh, melawan gravitasi, dan melawan tahanan sedang (moderat).
- Fair (3) mampu bergerak dengan luas gerak sendi penuh dan melawan gravitasi tanpa tahanan.
- Poor (2) mampu bergerak dengan luas gerak sendi penuh tanpa melawan gravitasi.
- Trace (1) tidak ada gerakan sendi, tetapi kontraksi otot dapat dipalpasi
- Zero (0) kontraksi otot tidak terdeteksi dengan palpasi

Pembahasan: C

216. Seorang perempuan, berumur 45 tahun, dirawat di ruang perawatan orthopedi. Pasien mengeluh nyeri pada lutut kiri. Pada pemeriksaan fisik ditemukan pembengkakan di paha kanan dekat lutut. Tekanan darah 90/70 mmHg, Suhu 38 °C, frekuensi nadi 120 x/menit. Apakah masalah keperawatan prioritas pada pasien tersebut?

- a. nyeri akut
- b. kecemasan
- c. intoleransi aktivitas
- d. takut akan kehilangan
- e. gangguan mobilitas fisik

Rasional: Pada kasus arthritis terjadi proses peradangan pada sendi dan respon dari proses infeksi adalah nyeri pada persendian terutama sendi yang sering dipakai bergerak, misal nya sendi lutut, apalagi sendi lutut merupakan sendi yang menopang tubuh kita, sehingga rasa nyeri akan terus dirasakan

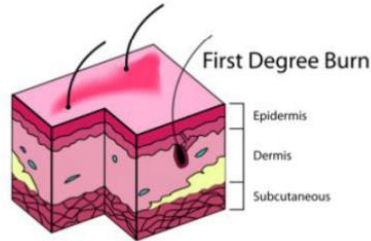
Pembahasan: A

217. Seorang Laki-laki usia 30 tahun dirawat di RS karena luka bakar. Perawat melakukan pengkajian untuk menentukan derajat luka bakar tersebut dan diperoleh data yaitu: bagian yang terkena seluruh epidermis dan sebagian dermis, luka tampak pucat, kering, berlilin dan tidak memutih serta nyeri saat ditekan. Apakah derajat luka bakar yang dialami pasien tersebut?

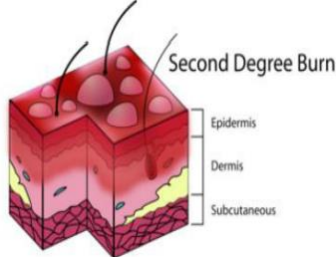
- a. derajat I
- b. derajat II-a
- c. derajat II-b
- d. derajat II-c
- e. derajat III

Rasional: Derajat luka bakar ditentukan berdasarkan kedalaman kerusakan jaringan yang diakibatkan oleh trauma panas. Hal ini sangat tergantung pada intensitas panas dan lamanya panas mengenai tubuh serta proses rambatan panas pada jaringan tubuh. Berikut klasifikasi luka bakar berdasarkan grade luka bakar :

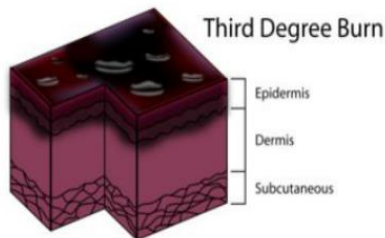
1. Luka bakar grade I (superficial burn): Kerusakan jaringan terbatas pada kulit lapisan epidermis, secara klinis kulit tampak merah, kering dan terasa sakit.



2. Luka bakar grade IIa (superficial partial-thickness burn): Kerusakan jaringan mengenai sebagian dermis, folikel rambut dan kelenjar keringat tetap utuh, secara klinis kulit tampak merah/kuning, basah dengan bula, dan terasa sakit.



3. Luka bakar grade IIb (deep partial-thickness burn). Kerusakan jaringan mengenai sebagian dermis dan folikel rambut, hanya kelenjar keringat yang tetap utuh, secara klinis kulit tampak merah/kuning, basah dengan bula, dan terasa sakit.
4. Luka bakar grade III (full thickness burn). Kerusakan jaringan mengenai seluruh lapisan dermis, secara klinis kulit tampak putih, coklat, hingga hitam, kering, dan tidak sakit karena ujung – ujung saraf juga mengalami kerusakan.



Berdasarkan data vignette maka Kunci Jawaban yang tepat untuk kasus di atas adalah: B

Pembahasan: B

218. Seorang laki-laki 28 tahun dirawat 1 hari di RS karena menderita luka bakar. Pasien mengeluh nyeri berat dengan skala 8, pada pemeriksaan fisik didapatkan luka bakar derajat II dengan luas 35 %. BB = 50 Kg, TD = 80/60 mmHg, urine output 500 cc/24 jam, frekuensi nadi 96 kali/menit dan frekuensi nafas 26 kali/menit, suhu 37,1 °C. Apakah prioritas utama rencana keperawatan untuk kasus di atas?
- a. observasi intake output
 - b. lakukan rehidrasi cairan
 - c. penuhi rasa nyaman pasien
 - d. observasi tanda-tanda vital
 - e. lakukan perawatan luka bakar

Rasional: Pada luka bakar terjadi peningkatan permeabilitas kapiler yang mendorong keluarnya plasma dan protein ke jaringan, sehingga akan terjadinya edema (bullae) dan kehilangan banyak cairan intravaskuler. Kehilangan cairan juga disebabkan karena evaporasi yang meningkat 4 – 15 kali evaporasi pada kulit normal. Peningkatan metabolisme juga dapat menyebabkan kehilangan cairan melalui sistem pernafasan. Selain itu fungsi jantung juga dapat terpengaruh oleh luka bakar di antaranya penurunan kardiak output, yang disebabkan karena kehilangan cairan plasma.

Peningkatan permeabilitas kapiler menyebabkan plasma pindah ke ruang interstisial. Dalam 48 jam pertama setelah kejadian, perubahan cairan menyebabkan hypovolemia dan jika tidak di tanggulasi dapat menyebabkan pasien jatuh pada shock hypovolemia, penurunan urine output dan tanda-tanda vital. Dengan demikian prioritas utama rencana keperawatan sesuai dengan soal adalah melakukan segera rehidrasi cairan untuk mencegah kematian dengan cepat akibat kekurangan cairan.

Pembahasan: B

219. Seorang perempuan usia 30 tahun berat badan 50 kg dirawat di RS karena menderita luka bakar. Dari data pengkajian didapatkan adanya luka bakar grade II di dada 7 %, kedua lengan 4 % punggung 25 %. Pasien rencananya mau dilakukan pemasangan infuse RL untuk mengatasi gangguan kebutuhan cairan. Berapakah jumlah cairan yang harus diberikan kepada pasien selama 24 jam pertama?
- 3600 ml
 - 4800 ml
 - 6000 ml
 - 7200 ml
 - 8400 ml

Rasional: Menurut Rumus Baxter untuk rehidrasi cairan akibat luka bakar adalah: $BB \times \% \text{ luka bakar} \times 4 \text{ cc}$, dari kasus diketahui BB pasien = 50 Kg dan presentase luka bakar adalah 36 % hasil dari penjumlahan dada 7 % + kedua lengan 4 % + punggung 25 %

Sehingga dengan menggunakan rumus tersebut diperoleh: $50 \times 36 \times 4 \text{ cc} = 7200 \text{ cc}$

Pembahasan: D

220. Seorang laki-laki usia 35 tahun datang ke poli kulit dengan keluhan kulitnya sudah lama mengalami gatal gatal di seluruh bagian kulit nya. Pada saat pengkajian ditemukan adanya dermatitis dengan krusta yang mulai mengering. Apakah prioritas tindakan keperawatan untuk mengatasi krusta pada pasien diatas ?
- lakukan kompres basah terbuka
 - lakukan kompres kering terbuka
 - lakukan kompres basah tertutup
 - lakukan kompres basah tertutup
 - lakukan kompres hangat terbuka

Rasional: Pada dermatitis terjadi peradangan pada kulit yang dipicu oleh adanya kontak dengan yang bersifat allergen. Manifestasi klinik yang muncul antara lain: gatal-gatal pada kulit, bruntus kemerahan, krusta, dll. Adanya krusta menimbulkan ketidaknyamanan dan menghambat perbaikan pada kulit sehingga perlu dibersihkan dan dirawat dengan baik. Proses pembersihan krusta pada kulit dilakukan dengan kompres basah terbuka untuk memudahkan dan mempercepat lepasnya krusta dari kulit.

Pembahasan: A

221. Anda sedang merawat pasien yang diduga mengalami HIV (+). Saat ini pasien merasa khawatir sekali dengan penyakitnya karena merasa semua orang menjauhinya. Dari data fisik ditemukan adanya erosi pada mukosa mulut, bercak hitam pada bibir dan makula hiperpigmentosa pada seluruh tubuh. Apakah prioritas intervensi keperawatan pada kasus di atas?
- lakukan perawatan luka
 - tingkatkan imunitas pasien
 - cegah terjadinya penularan
 - berikan rasa nyaman kepada pasien

- e. berikan dukungan emosi pada pasien

Rasional: Berdasarkan vignette soal di atas sebenarnya pasien masih diduga menderita HIV (+) tetapi pasien sudah merasa diabaikan teman-temannya sehingga intervensi yang sesuai dengan keluhan di atas adalah memberikan dukungan emosi pada pasien supaya pasien tenang, tidak depresi dan mau mengikuti program pengobatan, sehingga merasa aman dan nyaman serta tidak menularkan orang lain

Pembahasan:E

222. Seorang perempuan umur 20 tahun datang ke Poliklinik THT mengeluh nyeri telinga dan pendengarannya menurun, setelah berenang di sungai. Pada pemeriksaan fisik dari lubang telinga keluar cairan kuning dan bau, daun telinga tampak bengkak dan kemerahan. Pasien bertanya kenapa ini bisa terjadi dan malu dengan telinga nya. Apakah prioritas masalah pada kasus di atas?
- cemas
 - nyeri akut
 - kurang pengetahuan
 - gangguan pendengaran
 - gambaran diri menurun

Rasional: Pada OMA terjadi proses peradangan yang menghasilkan pus berupa cairan kental dan bau pada lubang telinga tengah (meatus akustikus eksterna) sehingga akan menghalangi konduksi suara, akibatnya pendengaran pasien menurun. Respon peradangan/infeksi telinga yang paling dirasakan mengganggu adalah nyeri akut pada daerah lubang telinga.

Pembahasan:B

223. Seorang ibu datang ke poli kandungan untuk memeriksakan kehamilannya. Ibu mengatakan usia kehamilannya menginjak 7 bulan, mengeluh sulit BAB. Ibu mengatakan pola BAB sebelum hamil tidak ada masalah yaitu rutin setiap hari, tetapi saat ini BAB 3 atau kadang 4 hari sekali. Ibu mengatakan cairan yang ibu minum cukup sekitar 8 gelas sehari bahkan lebih. Apakah masalah keperawatan yang utama untuk masalah ibu tersebut ?
- Risiko konstipasi
 - Ketidakseimbangan cairan
 - Risiko intake cairan tidak adekuat
 - Ketidaknyamanan pola BAB karena adanya haemorroid
 - Defisiensi pengetahuan terkait perubahan fisiologis sistem pencernaan

Rasional: Perubahan susah bab pada ibu hamil terutama usia kehamilan menginjak 6 bulan sampai dengan 9 bulan karena adanya kenaikan kadar hormon progesteron sehingga menyebabkan relaksasi yang menyebabkan lambatnya gerakan peristaltik dan penyerapan makanan pada usus. Pada kasus ibu mengalami tanda adanya penurunan frekuensi yang normal pada BAB yaitu setiap 3 sampai 4 hari

Pembahasan:A

224. Seorang ibu datang ke poli kandungan dengan keluhan mual dan muntah yang sering terjadi terutama pagi hari disertai pusing. Dilakukan pengkajian ibu mengatakan sudah sebulan ini tidak haid. HPHT menurut ibu tanggal 18 Oktober 2021. Kapanakah taksiran persalinan ibu tersebut ?
- 25 Juli 2022

- b. 26 Juli 2022
- c. 25 Juni 2022
- d. 27 Juni 2022
- e. 14 Juni 2022

Rasional: Menghitung TP (taksiran persalinan) menggunakan rumus Neagle dengan cara (HPHT + 7 hari) (Bulan – 3) (Tahun + 1). sehingga $(18 + 7) (10 - 3) (2017 + 1) = 25 \text{ Juli } 2022$. Maka TAPI adalah 25 Juli 2022.

Pembahasan: A

225. Seorang ibu G3P2A0 hamil 29 minggu datang ke Puskesmas. Dilakukan pengkajian dengan tinggi fundus uteri (TFU) 28 cm, dan kepala berada di bawah spina ischiadika. Berapakah kira-kira usia kehamilannya saat ini?
- a. 36 minggu
 - b. 35 minggu
 - c. 34 minggu
 - d. 33 minggu
 - e. 32 minggu

Rasional: $\text{TFU (cm)} \times 2/7 = \text{usia kehamilan dalam bulan}$ $\text{TFU (cm)} \times 8/7 = \text{usia kehamilan dalam minggu}$
Sehingga : $\text{TFU } 28 \text{ cm} \times 8/7 = 32 \text{ minggu}$

Pembahasan: E

226. Seorang ibu datang ke puskesmas G1 P0 A0 hamil 33 minggu, mengeluh mengalami perdarahan saat bangun tidur namun tidak ada nyeri. Saat dilakukan pemeriksaan lebih lanjut dengan USG hasilnya menunjukkan plasenta previa marginalis. Apakah tindakan yang sebaiknya tidak dilakukan pada ibu tersebut ?
- a. Observasi kontraksi
 - b. Pemeriksaan dalam
 - c. Palpasi manuver Leopold
 - d. Pemeriksaan tinggi fundus
 - e. Mengukur Tanda-tanda vital

Rasional: Pemeriksaan dalam dilakukan untuk menilai pembukaan, penipisan serviks, penurunan bagian terbawah janin, ketuban, keadaan panggul, serta kelainan jalan lahir. Pemeriksaan dalam merupakan kontraindikasi pada kasus plasenta previa, pemeriksaan dalam dapat menstimulasi perdarahan lebih banyak

Pembahasan: B

227. Seorang ibu G2 P1 A0 hamil 27 minggu datang ke Puskesmas datang untuk memeriksakan kehamilannya, anak pertama berusia 2,5 tahun. Ibu mengeluh kadang merasa pusing sudah beberapa minggu ini, gerakan janin cukup aktif. Hasil pemeriksaan didapatkan TFU 2 jari diatas pusat, DJJ 140x/mnt, edema wajah tidak ada, edema pada pretibia, TD 140/95 mmHg. Apakah pemeriksaanagnostik tambahan yang dapat dilakukan ?
- a. Kimia darah
 - b. Protein Urin
 - c. Darah lengkap

- d. Berat jenis urin
- e. Gula darah sewaktu

Rasional: Pre eklamsi ringan umumnya gejala yang timbul adalah pertambahan berat badan yang berlebih, adanya edema, hipertensi (kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih, diastolik 15 mmHg atau lebih dari tekanan darah sebelum hamil pada kehamilan 20 mg atau lebih), protein urin secara kuantitatif 0,3 gr/lit dalam 24 jam atau secara kualitatif positif 2

Pembahasan: B

228. Seorang perempuan dengan G2 P0 A1 hamil 28 mgg mengeluh keluar darah pervagina tanpa ada rasa nyeri. TTV suhu 36,8°C, Nadi 80 x/mnt, TD 120/70 mm Hg, RR 20 x/mnt. Klien tampak gelisah memikirkan kondisi kehamilannya. Hasil pemeriksaan dinyatakan mengalami perdarahan antepartum. Apakah yang perlu dikaji lebih lanjut tentang perdarahan pada pasien tersebut ?

- a. Waktu perdarahan, riwayat abortus
- b. Riwayat menstruasi, riwayat abortus
- c. Jumlah perdarahan, warna perdarahan
- d. Waktu perdarahan, keluhan saat menstruasi
- e. Warna perdarahan, keluhan menjelang menstruasi

Rasional: Pengkajian yang dapat ditemukan pada plasenta previa adalah mengalami perdarahan, perdarahan pada akhir trimester II atau trimester III, warna perdarahan, jumlah perdarahan.

Pembahasan: C

229. Seorang ibu G1 P0 A0 hamil 40 minggu, datang ke puskesmas pk 15.00. TFU 36 cm, merasakan mules-mules sudah sering sejak 5 jam yang lalu dan ada rasa seperti ingin mengejan. Setelah dilakukan observasi his didapatkan his 5x tiap 10 menit selama 48 detik. Klien juga mengatakan sudah ada yang keluar dari vagina yaitu lendir bercampur darah banyak. Saat dilakukan periksa dalam, pembukaan lengkap, dan porsio tidak teraba. Berada pada kala berapakah ibu tersebut?

- a. Kala I
- b. Kala II
- c. Kala III
- d. Kala IV
- e. Kala I fase aktif

Rasional: Kala II adalah tahapan persalinan dari pembukaan lengkap sampai dengan bayi lahir.

Pembahasan: B

230. Seorang ibu 28 tahun, G1 P0 A0 hamil 40 minggu datang ke Puskesmas. Mengeluh mulas-mulas sejak Pk 18.00 dan sudah keluar lendir bercampur darah. Pemeriksaan fisik didapatkan TD 120/78 mmHg, N 78 x/mnt, Sh 36o C, RR 18 x/mnt, TB 143 cm, BB 53 kg, TFU 30 cm, tafsiran berat janin 2700 gram. Hasil pemeriksaan dalam pembukaan 2 cm. Apakah faktor passenger yang harus dikaji lebih lanjut pada persalinan pervaginam ?

- a. Ukuran janin
- b. Psikologis ibu
- c. Bentuk panggul
- d. Karakteristik serviks

e. Kekuatan kontraksi ibu

Rasional: Faktor passager yang mempengaruhi persalinan adalah ukuran janin terutama kepala janin, sikap janin yang mendeskripsikan hubungan antara kepala, bahu dan tungkai. letak janin yang menunjukkan hubungan antara aksis panjang janin terhadap aksis panjang ibu, presentasi janin, posisi janin

Pembahasan: A

231. Seorang ibu baru saja melahirkan bayi laki-laki, saat ini sudah dua jam dilakukan observasi diruang pemulihan. Ibu merasakan darah keluar cukup banyak dirasakan pembalut penuh, sudah ganti pembalut namun sekarang sudah terasa keluar darah lagi dan BAK keluar sedikit. Hasil pengkajian TTV dalam batas normal, TFU teraba 3 jari diatas pusat, uterus teraba lunak dan agak ke kanan, kandung kemih teraba keras. Apakah intervensi prioritas yang dapat diberikan untuk ibu tersebut?

- a. Observasi tanda-tanda vital
- b. Melakukan massage pada uterus
- c. Membantu ibu mengganti pembalut
- d. Observasi kandung kemih dan lakukan kateterisasi
- e. Menjelaskan kepada ibu pentingnya mengganti pembalut

Rasional: Perdarahan yang berlebih dapat terjadi karena distensi kandung kemih yang mendorong uterus keatas dan samping sehingga mencegah kontraksi uterus.

Pembahasan: D

232. Seorang bayi perempuan lahir pada tanggal 1 Oktober 2022, pukul 10.35. Bayi saat lahir menangis kuat, skor APGAR 8/9. Bayi telah dilakukan IMD, kemudian ditimbang, diukur PB dan antropometri lainnya. Bayi menangis, saat diraba ternyata popok dan bajunya basah. Apakah jenis kehilangan panas badan yang dialami bayi tersebut?

- a. Radiasi
- b. Konveksi
- c. Konduksi
- d. Evaporasi
- e. Rehabilitasi

Rasional: Kehilangan panas pada bayi karena evaporasi yaitu ketika permukaan yang basah terkena udara, konveksi terjadi ketika panas dipindahkan keudara sekitar bayi (pintu/jendela yang terbuka, AC), konduksi terjadi ketika bayi bersentuhan langsung dengan benda-benda padat yang lebih dingin dari kulit bayi (timbangan, yang dingin, stetoskop), rehabilitasi diberikan pada keadaan seseorang yang memerlukan tindakan khusus untuk mencapai kemampuan fisik yang maksimal.

Pembahasan: D

233. Bayi laki-laki baru saja lahir spontan satu jam yang lalu, gerakan aktif, BB 2450 gram, PB 48 cm, RR 40x/mnt dengan usia kehamilan 36 minggu. Hasil pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan. Apakah tindakan keperawatan yang dapat kita lakukan selanjutnya ?

- a. Dimandikan
- b. Pemberian oksigen
- c. Pemberian antibiotik
- d. Dirawat dalam inkubator
- e. Rawat gabung dengan ibunya

Rasional: Kontak awal sedini mungkin antara ibu dan bayi baru lahir penting dalam membentuk hubungan atau ikatan dimasa depan selain itu memiliki efek positif dan memberikan keuntungan fisiologis.

Pembahasan: E

234. Seorang perempuan 49 tahun, sudah mempunyai 2 orang anak, dinyatakan mengidap kanker serviks dari hasil pemeriksaan PAP smear. Saat ini yang dirasakan adalah sedih karena dalam keluarga tidak ada yang terkena kanker. Apakah penyebab terjadinya kanker serviks pada perempuan ?

- a. Virus HPV
- b. Banyak pasangan
- c. Menikah di usia dini
- d. Personal hygiene buruk
- e. Pakaian dalam yang lembab

Rasional: Virus HPV merupakan penyebab utama kanker serviks pada perempuan terutama HPV tipe 16 dan 18.

Pembahasan: A

235. Seorang bayi laki-laki usia 1 bulan, Hasil pemeriksaan bayi dalam kondisi sehat untuk mendapatkan imunisasi BCG . Saudara segera menyiapkan vaksin yang dibutuhkan untuk bayi tersebut. Berapakah dosis yang akan diberikan pada pemberian imunisasi diatas ?

- a. 1 cc
- b. 0,1 cc
- c. 0,5 cc
- d. 0,05 cc
- e. 0,01 cc

Rasional: Frekuensi pemberian imunisasi BCG 1 kali dan waktu pemberian pada umur 0-11 bulan dengan cara pemberian Intra Cutan dengan dosis 0,05 ml untuk bayi dan 0,1 cc pada usia anak yang sebaiknya diberikan pada deltoid kanan .

Pembahasan:D

236. Seorang anak perempuan usia 6 tahun dirawat hari ke 5 dengan DBD, berdasarkan hasil pemeriksaan terakhir anak sudah diperbolehkan esok hari. Untuk mengatasi kebosanan anak selama dirawat saudara memberikan program bermain. Apakah jenis permainan yang tepat untuk anak tersebut ?

- a. bola bekel
- b. kuda-kudaan
- c. boneka panda
- d. alat masak-masakan
- e. pensil dan buku gambar

Rasional: Pensil dan buku gambar yang diberikan kepada anak dapat memfasiliatsi perkembangan motorik halus bagi anak usia pra sekolah . Sedangkan mainan alat masak-masakan, dan kuda-kudaan harus dipersiapkan tempat khusus agar anak dapat menggunakan permainan tersebut , sedangkan

bola bekel dapat dimainkan pada anak usia sekolah dengan kemampuan motorik halus yang lebih baik lagi.

Pembahasan:E

237. Seorang anak perempuan usia 10 tahun , dirawat dengan GED, hasil pengkajian anak tampak sakit sedang , suhu tubuh 39 0 C , mukosa mulut dan lidah kering .Masalah keperawatan prioritas yang ditegakkan perawat : Gangguan keseimbangan cairan tubuh . Salah satu intervensi keperawatan melakukan monitor intake output ketat /24 jam . Bagaimanakah dokumentasi yang saudara buat, jika kesimpulan hasil monitor balance cairan negative ?

- a. intake 950 cc output 875 cc
- b. intake 1100 cc output 1100 cc
- c. intake 1400 cc output 1250 cc
- d. intake 1550 cc output 1450 cc
- e. intake 1600 cc output 1750 cc

Rasional: Pengukuran intake dan output cairan merupakan suatu tindakan yang dilakukan untuk mengukur jumlah cairan yang masuk kedalam tubuh (intake) dan jumlah cairan yang keluar dari tubuh (output) . Aspek yang dikaji pada intake adalah : Jumlah air yang diminum /hari , air yang terkandung dalam makanan, air metabolisme dan air tambahan lain seperti infuse. Sedangkan output ; aspek yang dinilai jumlah urine yang keluar /hari , jumlah feses dan jumlah IWL. Jika jumlah intake sama dengan output dikatakan balance (seimbang) , jika jumlah intake lebih besar dari output : positif dan jika intake lebih kecil dari output /output lebih besar dari intake maka dikatakan negative.

Pembahasan:E

238. Seorang bayi perempuan usia 9 bulan, dirawat dengan diare sebanyak 6 kali , muntah sebanyak 3 kali. Hasil pengkajian suhu 38 0 C, mukosa bibir dan mulut kering, turgor kulit kurang elastis. Berdasarkan analisa data, masalah keperawatan yang ditegakkan: gangguan volume cairan : dehidrasi sedang dengan salah satu intervensi keperawatan memantau hidrasi secara akurat . Manakah tindakan keperawatan yang dimaksud dari tindakan diatas ?

- a. mengukur BB harian
- b. mengkaji turgor kulit
- c. memeriksa nilai elektrolit
- d. mengobservasi tetesan infus
- e. memantau asupan dan haluaran

Rasional: Bayi dan anak-anak yang lebih kecil akan mengalami kehilangan cairan yang tidak tampak. Mengukur BB harian adalah cara yang paling akurat untuk mengukur peningkatan atau kehilangan cairan pada anak. Memantau asupan dan haluaran, memeriksa nilai elektrolit , mengkaji turgor kulit merupakan intervensi penting, namun tidak dapat mengukur atau menghitung kehilangan cairan yang tidak tampak. Sedangkan pengukuran lingkaran perut dan lengan atas lebih tepat digunakan untuk mengetahui status nutrisi bayi /anak.

Pembahasan:A

239. Seorang perempuan usia 28 tahun, berkunjung ke poliklinik psikiatri. Hasil pengkajian didapatkan data gelisah, merasa tidak nyaman, sulit tidur, bicara berlebihan dan cepat, saat interaksi tiba tiba blocking, tidak mampu menerima informasi yang diungkapkan oleh perawat. Apakah tindakan keperawatan yang prioritas diberikan pada kasus diatas?

- a. mengajarkan distraksi

- b. mengkonsultasikan ke Psikiater
- c. membimbing tarik nafas dalam
- d. menemukan penyebab ansietas
- e. memberikan suara musik yang tenang

Rasional: Sesuai dengan soal di atas ada kata kunci yaitu saat interaksi tiba tiba pasien blocking maka pilihan Kunci Jawaban yang tepat adalah C (membimbing tarik nafas dalam) karena teknik relaksasi maupun tarik napas dalam menjadi salah satu hal penting untuk mengatasi kecemasan, dan bisa dilaksanakan segera tanpa mempersiapkan alat media atau waktu khusus.

Pembahasan:C

240. Seorang laki-laki usia 20 tahun, dibawa ke klinik untuk konsultasi ke psikiater, informasi dari pengantar sejak dua tahun terakhir, menjadi sangat pendiam, banyak mengurung diri di kamar, menolak untuk berinteraksi, sering komat kamit. Apakah diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada kasus diatas?
- a. isolasi social
 - b. gangguan HDR
 - c. gangguan alam perasaan
 - d. perubahan mental organik
 - e. gangguan persepsi sensori

Rasional: Sesuai dengan soal di atas ada kata kunci yaitu: menjadi sangat pendiam, banyak mengurung diri di kamar, maka pilihan Kunci Jawaban yang tepat yaitu (isolasi social), karena beberapa tanda dan gejala yang terdapat pada kasus diatas mencakup gejala dan tanda mayor diagnosis dengan isolasi sosial. Data sering komat kamit tidak menjadi dominan.

Pembahasan:A

241. Seorang wanita, usia 26 tahun, dibawa keluarganya ke Poliklinik jiwa karena sudah seminggu tidak mau mandi, badan kotor dan bau, tidak mau makan dan bila makan berantakan, BAB dan BAK sembarangan, pemeriksaan fisik dalam batas normal. Apakah strategi tindakan keperawatan pertama yang saudara lakukan pada pasien tersebut?
- a. Melatih pasien cara makan yang baik
 - b. Melatih cara BAB dan BAK yang baik
 - c. Mengajak pasien mandi dan berdandan
 - d. Menjelaskan pentingnya perawatan kebersihan diri.
 - e. Menjelaskan pentingnya keluarga dalam merawat diri pasien

Rasional: Sesuai dengan soal di atas ada kata kunci yaitu karena sudah seminggu tidak mau mandi, badan kotor dan bau, tidak mau makan dan bila makan berantakan, BAB dan BAK sembarangan, pilihan d karena Kunci Jawaban yang paling tepat karena pada pasien defisit perawatan diri harus dijelaskan terlebih dahulu tentang pentingnya perawatan kebersihan diri

Pembahasan:D

242. Seorang perempuan usia 35 tahun, dirawat di ruang rawat Jiwa, hasil pengkajian didapatkan : ada riwayat amuk dirumah, mengatakan kalau marah merusak perabot rumah tangga, sering memukul suami. Dalam percakapan dengan pasien perawat mengatakan "Setelah ibu memukul suami dan

merusak perabotan rumah tangga, apa yang ibu rasakan?”. Apakah tujuan komunikasi pada kasus diatas?

- a. melatih sikap asertif
- b. mengevaluasi respon pasien.
- c. mengeksplorasi perasaan pasien
- d. membina hubungan saling percaya
- e. mendiskusikan akibat tindakan yang dilakukan

Rasional: Sesuai dengan soal di atas ada kata kunci dalam percakapan dengan pasien perawat mengatakan "Setelah ibu memukul suami dan merusak perabotan rumah tangga, apa yang ibu rasakan?". pilihan e karena Kunci Jawaban yang tepat karena dengan cara mendiskusikan bersama pasien akibat perilakunya dapat membuat pasien mengetahui kerugian yang ia dapatkan dan pasien mau belajar cara lain yang lebih baik untuk mengungkapkan kemarahan tanpa menimbulkan kerugian

Pembahasan:E

243. Seorang perempuan, usia 38 tahun, datang ke IGD psikiatri diantar oleh keluarganya. Hasil pengkajian diketahui bahwa di rumah pasien marah-marah bicara kasar, merusak barang dan mengancam, sudah 2 bulan sejak ia dicerai oleh suaminya. Tanda-tanda vital dalam batas normal, Apakah diagnosa keperawatan utama yang dapat saudara tegakkan ?

- a. harga diri rendah kronis
- b. harga diri rendah situasional
- c. perilaku kekerasan
- d. risiko perilaku kekerasan
- e. coping individu tidak efektif

Rasional: Sesuai dengan soal di atas ada kata kunci di rumah pasien marah-marah, merusak barang dan mengancam, sudah 2 bulan sejak ia dicerai oleh suaminya, pilihan c perilaku kekerasan karena sudah sesuai dengan tanda gejala mayor Perilaku Kekerasan

Pembahasan:C

244. Seorang perempuan usia 25 tahun, dirawat di ruangan psikiatri RS Jiwa, hasil pengkajian didapatkan : pasien duduk menyendiri, bicara sendiri, tertawa sendiri . Obat psikotik sudah diberikan sesuai program pengobatan. Sesuai rencana hari ini akan dilaksanakan SP1. Apakah tujuan tindakan yang diberikan pada kasus diatas?

- a. klien dapat memutus halusinasi dengan cara spirituali
- b. klien dapat memutus halusinasi dengan cara menghardik
- c. klien dapat memutus halusinasi dengan cara bercakap-cakap
- d. klien dapat memutus halusinasi dengan cara minum obat teratur
- e. klien dapat memutus halusinasi dengan cara terapi aktivitas kelompok.

Rasional: Kunci Jawaban yang paling tepat adalah (B) karena SP 1 dalam halusinasi yaitu dengan cara menghardik sedangkan pilihan (A) sp 4 risiko perilaku kekerasan, pilihan (C) sp 3 halusinasi, pilihan (D) sp 2 halusinasi dan risiko perilaku kekerasan sedangkan pilihan (E) sp 3 isolasi sosial.

Pembahasan:B

245. Perawat "X" saat ini sedang bertugas di ruang Bedah dan merawat pasien dengan kategori Minimal care Apakah kriteria pasien Minimal care ?

- a. makan dibantu

- b. bantuan eliminasi
- c. bantuan kebersihan diri
- d. observasi tanda vital setiap shift
- e. observasi tanda vital setiap 2 jam

Rasional: Kategori minimal care (perawatan mandiri) kriterianya adalah dapat melaksanakan aktifitas sendiri akan tetapi perlu diawasi ketika melakukan ambulasi dan perlu diobservasi setiap shift dan persiapan prosedur

Pembahasan:D

246. Seorang laki laki berusia 73 tahun, dibawa ke UGD dengan keluhan tidak bisa kencing sejak pagi hari, pasien gelisah. Hasil pemeriksaan fisik teraba distensi kandung kemih, tekanan Darah : 130/70mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi napas 23 kali//menit, dilakukan colok dubur suspec BPH derajat III yang membuat obstruksi urethra. Apakah prioritas tindakan perawat pada pasien diatas?

- a. pasang kateter kondom
- b. beri minum 3 liter/hari
- c. pasang dowerKateter
- d. konsul dbedah urolog
- e. kompres hangat

Rasional: Pasien dengan BPH problem utamanya adalah mengalami obstruksi saluran urin, sehingga Kunci Jawaban yang benar sesuai dengan kasus di atas yaitu pasang dower kateter untuk mengeluarkan urine.

Pembahasan:C

247. Seorang laki laki berusia 51 tahun datang ke UGD dengan keluhan nyeri uluhati, perut tampak membesar dan keras, mata kuning. Hasil TTV;TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 92 x/menit, frekuensi napas 26x /menit, pasien didiagnosis suspect sirosis Hepatis. Tiba tiba muntah darah kurang lebih 200 cc berwarna gelap dan banyak stolsel, perut masih tampak kembung dan mual, pasien sudah dipasang infus asering 8 jam/kolf. Apakah tindakan prioritas perawat pada pasien diatas?

- a. Rencanakan transfusi darah segar
- b. Pasang NGT bilas lambung
- c. Kumur kumur air hangat
- d. Monitor billirubin darah
- e. Cek lab: Hb, golongan darah

Rasional: Jadi Kunci Jawaban yang menjadi prioritas adalah B karena dengan pemasangan NGT maka bilas lambung dapat segera dilakukan akibat banyak stolsel untuk mengeluarkan bekuan darah dalam lambung yang menumpuk jika dibiarkan berakibat distensi lambung mengganggu pernapasan dan dapat meningkatkan amoniak yang toksik dalam tubuh.

Pembahasan:B

248. Seorang laki laki berusia 20 tahun datang ke UGD dengan keluhan nyeri perut kanan bawah dan 2 x muntah. Hasil pemeriksaan fisik TD 90/60 mmHg, frekuensi nadi 102 x/ menit, frekuensi napas 25 x/menit. Pasien di diagnosis appendeksitis akut, pasien gelisah karena nyeri. Instruksi dokter bedah umum segera harus dioperasi, namun pasien ketakutan, perawat harus berperan sebagai Advocator. Apakah tindakan perawat selanjutnya pada pasien diatas?

- a. siapkan pasien untuk operasi

- b. berikan pasien inform consent
- c. hubungi dokter yang menangani
- d. dampingi pasien sebelum operasi
- e. sarankan keluarga untuk membujuk

Rasional: Alasan kunci Kunci Jawabannya D (sebagai advocator) karena pasien membutuhkan support dari orang-orang sekelilingnya diberikan penjelasan efek jika tidak operasi.

Pembahasan:D

249. Seorang laki-laki berusia 37 tahun dibawa ke IGD karena kesadaran menurun, pasien mempunyai riwayat DM. Hasil pemeriksaan TD 100/60 mmHg, frekuensi napas 26 x/menit tidak teratur, kaki tangan dingin, berkeringat seluruh tubuh, frekuensi nadi 93 x/menit, gula darah 70 mg%, diberikan O₂ 6 liter/menit melalui masker, telah dipasang infus NaCl 0,9 % 21 tetes/menit instruksi dokter berikan glucose 10 % IV. Apakah indikator utama evaluasi perawat pada pasien setelah diberikan tindakan di atas?

- a. turgor kulit
- b. tekanan darah
- c. Tekanan darah
- d. tingkat kesadaran
- e. perabaan extremitas

Rasional: Pasien DM yang diberikan glucose 10% harus dievaluasi responnya, dengan prioritas indikator evaluasinya adalah tingkat kesadaran karena jika keadaan gula darah pasien membaik maka suplai glukosa ke otak akan optimal, sehingga pasien akan meningkat tingkat kesadarannya.

Pembahasan:D

250. Seorang laki-laki berusia 31 tahun datang ke UGD karena muntah muntah setelah mencoba bunuh diri dengan baygon. Pasien juga mengeluh nyeri kepala. Hasil pemeriksaan fisik: TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 91 x/menit, frekuensi napas 25 x/menit. Pasien tampak pucat lemah tak berdaya, kesadaran menurun, mulut berbusa. Apakah tindakan perawat selanjutnya pada pasien di atas?

- a. Beri larutan norit
- b. Berikan minum banyak
- c. Anjurkan kumur air hangat
- d. Pasang NGT bilas lambung
- e. Pasang infus dan beri cairan IV

Rasional: Pasien yang keracunan hidrokarbon harus hati-hati karena dapat terjadi pneumonia berat karena itu sangat membutuhkan tindakan cepat. Tindakan yang tepat pada kasus di atas adalah Baygon yang masuk ke dalam lambung harus segera dikeluarkan agar tidak terjadi komplikasi sehingga Kunci Jawabannya Pasang NGT bilas lambung

Pembahasan:D

251. Seorang perempuan berusia 32 tahun, dibawa ke UGD karena kecelakaan mengalami cedera kepala sedang. Tiba-tiba pasien muntah menyembur. Hasil pemeriksaan fisik TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 86 x/menit, frekuensi napas 26 x/menit, tingkat kesadaran apatis, mulut banyak muntahan. Apakah langkah perawat selanjutnya pada pasien tersebut?

- a. Lakukan suction
- b. kepala dimiringkan

- c. pasang oroparingeal tube
- d. kaji kemampuan bernapas
- e. miringkan pasien dengan log roll

Rasional: Pada cedera kepala untuk mengeluarkan muntahan harus dengan cara memiringkan bersamaan dengan badan pasien /log roll untuk mencegah terjadinya cedera servikal.

Pembahasan:E

252. Seorang Laki-laki berusia 69 tahun, tinggal bersama istri. Hasil pengkajian didapatkan data tidak dapat menahan BAK, sering ngompol sebelum sampai ke kamar mandi terutama pada malam hari, merasa dirinya sudah tidak berguna lagi karena sering dimarahi istri. Hasil pemeriksaan: TD:130/80 mmHg, BB 65kg, TB 165 cm. Apakah masalah utama pada kasus tersebut ?
- a. Cemas
 - b. Isolasi social
 - c. Koping tidak efektif
 - d. Gangguan pola eliminasi
 - e. Gangguan gambaran diri

Rasional: Lansia akan mengalami perubahan psikososial hal ini disebabkan respon kehilangan yang dapat menimbulkan pikiran negatif dapat terjadi depresi. Kondisi ini ditunjang dari defisiensinya neurotransmitter, nonepineprin, serotonin, dopamin, acetyholine. Sehingga lansia sering merasa rendah diri, perasaan bersalah dan tak berarti, ansietas, mudah tersinggung.

Pembahasan:C

253. Seorang perempuan, berusia 60 tahun, tinggal di rumah bersama dengan adiknya yang tidak menikah. Hasil pengkajian didapatkan data: keluhan pusing, nyeri tengkuk, ekspresi wajah tegang. TD: 170/90mmHg Nadi 90 x/menit suhu: 37C, pernafasan 20 x/mnt, tampak pasien mengurut tengkuk. Manakah tindakan keperawatan mandiri utama yang dilakukan perawat pada kasus diatas?
- a. Melakukan tehnik relaksasi
 - b. Memberikan kompres hangat
 - c. Memberikan tehnik pengalihan
 - d. Mengukur tekanan darah tiap 2 jam
 - e. Memonitor irama dan denyut jantung

Rasional: Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, karena dapat mengubah 2 persepsi kognitif dan motivasi afektif pasien. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri

Pembahasan:A

254. Seorang perempuan berusia 63 tahun, tinggal di panti werda. Hasil pengkajian didapatkan data pasien terlihat mengusap – usap lutut sebelah kanannya, persendian kaki terasa kaku dan nyeri bila digerakan, bengkak pada daerah lutut, sholat dengan posisi duduk dan kaki diluruskan, ekspresi wajah meringis. TD:130/80 mmHg, suhu: 36C, pernafasan 18 x/mnt, nadi:76x/mnt Manakah tindakan keperawatan utama pada kasus diatas?
- a. Melatih ROM
 - b. Membatasi aktivitas
 - c. Mengajarkan tata cara sholat
 - d. Mengajarkan tehnik relaksasi

- e. Memberikan kompres air hangat

Rasional: Pemberian kompres hangat dapat memberikan efek vasodilatasi. vasodilatasi membantu pengeluaran endorfin dan dapat menghambat impuls-impuls nyeri.

Pembahasan:E

255. Seorang laki-laki usia 65 tahun, tinggal di panti werda. Hasil pengkajian perawat didapatkan data klien kesulitan dalam orientasi waktu, tempat dan orang, mengeluh sulit tidur, sering lupa meletakkan barang. Hasil pemeriksaan MMSE skor 20 point. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut ?
- Resiko cidera
 - Gangguan pola tidur
 - Gangguan proses fikir
 - Gangguan komunikasi
 - Gangguan interaksi social

Rasional: Keluhan kesulitan orientasi waktu, tempat dan orang, lupa meletakkan barang dan skor nilai MMSE dibawah normal (24 - 30) mengindikasikan adanya penurunan atau gangguan kognitif/ proses fikir

Pembahasan:C

256. Saat Perawat mengunjungi suatu posyandu ditemukan hasil penimbangan balita menunjukkan 35% balita berada di pita kuning pada KMS. Hasil wawancara pada ibu balita memperoleh data bahwa balita mereka pada umumnya susah makan, dan lebih sering jajan. Ibu tidak menyediakan makanan khusus bagi balita dan tidak paham dengan variasi makanan balita. Apakah intervensi yang paling utama diberikan oleh Perawat?
- Lakukan rujukan ke Puskesmas
 - Berikan penyuluhan tentang gizi balita
 - Berikan penyuluhan tentang pertumbuhan balita
 - Berikan penyuluhan cara mengolah makanan yang baik
 - Berikan penyuluhan tentang pertumbuhan dan perkembangan balita

Rasional: Kata kuncinya adalah balita berada di pita kuning pada KMS. Hasil wawancara pada ibu balita memperoleh data bahwa balita mereka pada umumnya susah makan, dan lebih sering jajan. Ibu tidak menyediakan makanan khusus bagi balita dan tidak paham dengan variasi makanan balita sehingga Kunci Jawaban yang tepat yaitu berikan penyuluhan tentang gizi balita

Pembahasan:B

257. Seorang perawat sedang mengkaji sebuah RW dan didapatkan data : 25% dari 60 anak usia sekolah mengeluh sering batuk pilek. Dari data kunjungan pasien di puskesmas terbanyak adalah penyakit ISPA. Selanjutnya perawat akan melakukan tindakan untuk memastikan masalah kesehatan dari keluhan yang dilaporkan dengan melakukan Skrining kesehatan dan Identifikasi resiko Apakah nama level pencegahan yang dilakukan perawat diatas?
- Pencegahan Primer
 - Pencegahan Tersier
 - Pencegahan Sekunder
 - Pemberdayaan (empowerment)

- e. Intervensi professional keperawatan

Rasional: Strategi intervensi keperawatan komunitas pada kelompok anak usia sekolah dengan ISPA meliputi :

- Prevensi Primer : Pendidikan Kesehatan, Teaching: Group
- Prevensi Sekunder : Skrining kesehatan dan Identifikasi resiko
- Prevensi Tersier : Dukungan terhadap caregiver dan keluarga Konsultasi, Dokumentasi, Pencatatan insidensi kasus, Rujukan Program pengembangan, Perkembangan kesehatan komunitas Bimbingan terhadap system kesehatan (Health system guidance)

Pembahasan:C

258. Hasil pengkajian terhadap remaja disebuah SMP didapatkan data 37% dari 120 siswa kelas 1 dan 2 mempunyai kebiasaan merokok, 15 orang sering membolos , 10 orang tidak masuk karena sakit dan 7 orang berat badan menurun drastis. Selanjutnya perawat akan melakukan tindakan pemeriksaan fisik untuk memastikan deteksi dini terhadap masalah kesehatan pada seluruh siswa tsb . Apakah nama level pencegahan yang dilakukan perawat diatas ?

- Primer
- Sekunder
- Tersier
- Promotif
- Perventif

Rasional: Salah satu bentuk Prevensi Sekunder untuk mengatasi masalah kesehatan merokok pada kelompok usia remaja yaitu Skrining kesehatan remaja dan Identifikasi resiko.

Pembahasan:B

259. Seorang perawat melakukan pendataan keluarga pada suatu RW dan didapatkan data lingkungan padat penduduk. Kegiatan PSN melalui gerakan 4 M dilakukan jika terjadi kasus DBD. Angka bebas jentik di rumah tangga sebesar 58%, Kasus DBD hampir merata di setiap RT dengan rata-rata 2-3 kasus. Apakah tindakan yang utama dilakukan perawat yang dilakukan pada kasus tersebut ?

- Rujukan
- Skrining kesehatan
- Manajemen perilaku
- Pencatatan insidensi kasus
- Proteksi resiko lingkungan.

Rasional: Pada kasus DBD diatas terjadi karena masyarakat tidak menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat seperti : gerakan PSN dilakukan bila sudah terjadi kasus, angka jentik nyamuk tinggi karena jarang menguras bak kamar mandi, dan tempat penampungan air.

Pembahasan:C

260. Hasil pengkajian pada suatu Kelurahan ditemukan masalah keperawatan komunitas didapatkan data Sebagian besar partisipan beranggapan DBD disebabkan oleh gigitan nyamuk, tetapi tidak tahu karakteristik jentik nyamuknya , 42% rumah tangga positif jentik. 18% warga menyatakan yang paling efektif untuk mencegah DBD adalah dilakukan fogging atau menabur bubuk abate. Perawat melakukan kampanye tentang penyakit DBD. Apakah strategi intervensi yang dilakukan oleh perawat ?

- Keluarga binaan

- b. Proses kelompok
- c. pendidikan kesehatan
- d. Penyebaran informasi
- e. Pemberdayaan masyarakat

Rasional: strategi intervensi yang dilakukan oleh perawat komunitas untuk mengatasi masalah DBD salah satunya Penyebaran informasi melalui kampanye tentang penyakit DBD .

Pembahasan:D

261. Hasil pengkajian perawat di suatu RW ditemukan data : 34 % penduduk usia produktif merasakan keluhan seperti pusing , leher kaku dan 50% diantaranya masih memiliki kebiasaan hampir setiap hari mengkonsumsi ikan asin , tidak ada pantangan terhadap makanan serta jarang olah raga. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus diatas ?
- a. Kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan
 - b. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan
 - c. Ketidakefektifan manajemen kesehatan
 - d. Defisiensi pengetahuan masyarakat
 - e. Perilaku kesehatan berisiko

Rasional: Karena sudah ditemukan data – data yang menunjang keluhan seperti pusing , leher kaku dan memiliki kebiasaan hampir setiap hari mengkonsumsi ikan asin , tidak ada pantangan terhadap makanan serta jarang olah raga. Dan pilihan (a, b,c dan d) kurang tepat karena tanda dan gejala pada kasus di atas tidak menunjukkan pada Kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan, Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan, Ketidakefektifan manajemen kesehatan dan Defisiensi pengetahuan masyarakat

Pembahasan:E

262. Seorang laki-laki berusia 40 tahun, dengan keluhan demam & flu marah-marah kepada perawat triase UGD karena merasa lambat mendapatkan pelayanan medis padahal sudah menunggu selama \pm 30 menit dan melihat perawat lebih mendahulukan pasien yang baru datang. Perawat kemudian menjelaskan bahwa pasien yang masuk ke UGD akan di prioritaskan berdasarkan tingkat kegawatannya dan kondisi yang mengancam nyawa. Apakah prinsip etik yang dilaksanakan oleh perawat tersebut?
- a. justice
 - b. veracity
 - c. autonomy
 - d. beneficence
 - e. non-maleficence

Rasional:

Rasional A : Adil dalam pemberian pelayanan kegawatdaruratan sesuai dengan tingkat kegawatan pasien

Rasional B : Jujur dalam penyampaian informasi kepada pasien

Rasional C : Menghargai hak-hak pasien

Rasional D : Asas manfaat dalam pemberian pelayanan kesehatan

Rasional E : Tidak melakukan tindakan yang dapat mencederai pasien

Pembahasan:A

263. Perawat melakukan bantuan hidup dasar kepada pasien yang mengalami henti jantung. Setelah 5 siklus, dilakukan evaluasi dan sudah teraba denyutan nadi karotis. Apakah tindakan yang harus dilakukan perawat selanjutnya?
- Memastikan patensi airway
 - Melakukan pemeriksaan pernapasan
 - Membaringkan pasien ke posisi pemulihan
 - Melanjutkan pemberian ventilasi saja setiap 6 detik
 - Melanjutkan pemberian kompresi & ventilasi (30 : 2)

Rasional:

Rasional A : dilakukan setelah tindakan kompresi 30x

Rasional B : dilakukan pada saat evaluasi bersamaan dengan pengecekan nadi

Rasional C : dilakukan pada pasien yang sudah teraba nadi dan bernapas spontan tetapi belum sadar

Rasional D : dilakukan pada pasien yang sudah teraba nadi tetapi belum bernapas

Rasional E : dilakukan pada pasien henti jantung

Pembahasan:B

264. Seorang wanita hamil mengalami sumbatan total saluran pernapasan akibat tersedak sebutir bakso. Korban masih sadar, tampak pucat dan cemas serta memegang lehernya. Apakah teknik yang paling tepat untuk menolong korban tersebut?
- back blow
 - chest thrust
 - abdominal thrust
 - finger cross & sweep
 - resusitasi jantung paru

Rasional:

Rasional A: dilakukan pada anak-anak dan bayi

Rasional B: dilakukan pada korban ibu hamil atau obese yang masih sadar

Rasional C: dilakukan pada korban yang masih sadar

Rasional D: dilakukan untuk membuka dan membersihkan jalan napas

Rasional E: dilakukan pada pasien henti jantung

Pembahasan:B

265. Seorang perawat prehospital menemukan korban dengan trauma multiple. Korban dalam kondisi tidak sadar, tampak darah keluar dari hidung dan mulut dan masih ada pergerakan dada dan usaha bernapas. Apakah tindakan prioritas pada kasus tersebut?
- melakukan suction
 - memanggil bantuan
 - memasang semi-rigid cervical collar
 - membuka airway dengan teknik jaw thrust
 - memasang Oro-Pharyngeal Airway (OPA)

Rasional:

Rasional A : dilakukan setelah stabilisasi cervical untuk membersihkan airway

Rasional B : dilakukan dalam BHD awam, bukan oleh petugas prehospital/ ambulance

Rasional C : dugaan cedera cervical melekat pada korban multiple trauma, sehingga stabilisasi leher adalah tindakan utama dan pertama sebelum melakukan tindakan penanganan yang lain ke korban

Rasional D : tindakan membuka airway pada korban yang dicurigai mengalami cedera cervical setelah distabilisasi

Rasional E : tindakan untuk membuka airway sehingga memudahkan ventilasi pasien dengan penurunan kesadaran

Pembahasan:C

266. Seorang perempuan berusia 35 tahun mengaku sering mengalami sesak napas saat terpapar debu atau jika terlalu lelah dan cemas. Hasil pengkajian mendapatkan data pernapasan cuping hidung, suara paru ronkhi, batuk tidak produktif, frekuensi napas 32x/menit, frekuensi nadi 88x/menit dengan suhu 37,70 C. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- a. perfusi perifer tidak efektif
- b. pertukaran gas tidak efektif
- c. bersihan jalan napas tidak efektif
- d. perubahan suhu tubuh
- e. risiko kecemasan

Rasional:

Rasional A : perfusi perifer tidak efektif ditandai oleh kebiruan di perifer : wajah, bibir atau kuku

Rasional B : pertukaran gas tidak efektif ditandai dengan rendahnya kadar oksigen dalam darah

Rasional C : tanda jalan napas tidak bersih : napas cuping hidung, ronkhi, frekuensi napas 32x/menit

Rasional D : perubahan suhu tubuh terjadi karena meningkatnya aktivitas pernapasan

Rasional E : tidak ditemukan tanda risiko kecemasan

Pembahasan:C

267. Anak A (berusia 5 tahun) dibawa oleh ibunya ke UGD dengan riwayat panas tinggi dan kejang. Saat datang, anak A mengalami apnoe. Nadi karotis masih teraba. Tindakan yang dilakukan perawat setelah memakai sarung tangan adalah

- a. Memberi diazepam 10mg.
- b. Melakukan resusitasi jantung paru.
- c. Memberi bantuan napas buatan.
- d. Memberi oksigen nasal kanul.
- e. Memasang oropharyngeal.

Rasional:

Pertolongan pertama bantuan hidup dasar apabila klien mengalami henti napas adalah dengan memberikan napas buatan sampai klien dapat melakukan napas spontan.

Pembahasan:C

268. Seorang anak berusia 5 tahun dirawat di rumah sakit dengan thypoid. Panas terukur 38,0 C. Pasien lemas, tidak mau makan, dan rewel. Intervensi perawat dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi klien adalah. .

- a. Anjurkan banyak makan.
- b. Anjurkan makan sedikit, tetapi sering.
- c. lanjutkan makan buah.
- d. Anjurkan minum air putih cukup.
- e. Anjurkan makan sayuran

Rasional:

Klien mengalami anoreksia atau hilangnya nafsu makan. Maka, anjuran perawat dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi anak adalah dengan menganjurkan untuk makan sedikit, tetapi sering agar nutrisinya tetap terpenuhi.

Pembahasan:B

269. Pendidikan sex terhadap anak oleh orangtuanya dengan memberi informasi tentang menstruasi dan alat reproduksi sebaiknya diberikan pada anak saat berusia. . .
- 5 tahun.
 - 8 tahun.
 - 10 tahun.
 - 12 tahun.
 - 15 tahun

Rasional:

Pada anak usia 8 tahun adalah waktu yang paling tepat diberikan sex education tentang menstruasi dan alat reproduksi karena anak sudah mengenal tentang ilmu agama

Pembahasan:B

270. Seorang anak umur empat tahun datang dengan keluhan sudah empat kali buang air besar cair, dan tidak mau makan. Saat dilakukan pengkajian, diperoleh hasil adanya nyeri abdomen, kram, urgensi, dan bising usus hiperaktif. Berdasarkan data di atas, anak tersebut mengalami...
- Diare.
 - Kurang gizi.
 - Dehidrasi.
 - Marasmus.
 - Uwasiokhor

Rasional:

Definisi diare adalah pengeluaran feses lunak dan tidak bermasa. Batasan karakteristiknya adanya nyeri abdomen, kram, urgensi, dan bising usus hiperaktif, serta mengalami buang air besar lebih dari tiga kali.

Pembahasan:A