

RAHASIA SUKSES UKOM DIII KEPERAWATAN

Soal + Pembahasan

Maximilanus Dasril Samura ■ Enik Suhariyanti
Prima Yoselina ■ Rahmawati ■ Yusriani Saleh Baso
Yuanita Panma ■ Cut Rahmi ■ Rusmauli Lumban Gaol
Rifka Zalila ■ Tioma Naibaho ■ M. Noor Ifansyah
Kheniva Diah Anggita ■ Marlin Sutrisna
Nurul Safira Lahati ■ Marsaid ■ Taufiqur Rahman
Hilma Yasni ■ Windha Widyastuti



RAHASIA

Sukses UKOM

DIII Keperawatan

(Soal + Pembahasan)

Ns. Maximilanus Dasril Samura, S.Kep., M.Kes.
Enik Suhariyanti, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. Prima Yoselina, S.Kep., M.Kep.
Rahmawati, S.Kep., Ns., M.Kes.
Yusriani Saleh Baso, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep.M.B.
Ns. Cut Rahmi, S.Kep., M.Kep.
Rusmauli Lumban Gaol, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Rifka Zalila, S.Kep., M.Biomed.
Tioma Naibaho, S.Kep., Ns., M.Kep.
M. Noor Ifansyah, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Kheniva Diah Anggita, S.Kep., M.Kep.
Ns. Marlin Sutrisna, S.Kep., M.Kep.
Ns. Nurul Safira Lahati, S.Kep., M.Kep.
Ns. Marsaid, M.Kep.
Taufiqur Rahman, S.ST., S.Kep., MM.Kes.
Hilma Yasni, SST., M.Kes.
Windha Widyaastuti, MNS.



Perpustakaan Nasional RI : Katalog Dalam Terbitan (KDT)

JUDUL DAN PENANGGUNG JAWAB	Rahasia sukses ukom DIII keperawatan : soal + pembahasan / Ns. Maximilanus Dasril Samura, S.Kep., M.Kes., Enik Suharyanti, S.Kep., Ners., M.Kep., Ns. Prima Yoselina, S.Kep., M.Kep., Rahmawati, S.Kep., Ns., M.Kes., Yusriani Saleh Baso, S.Kep., Ns., M.Kep. [dan 13 lainnya]
EDISI	Cetakan pertama, Februari 2025
PUBLIKASI	Jakarta Barat : PT Nuansa Fajar Cemerlang, 2025
DESKRIPSI FISIK	vi, 274 halaman : ilustrasi ; 30 cm
IDENTIFIKASI	ISBN 978-634-7139-50-4
SUBJEK	Keperawatan - Ujian, soal, dsb.
KLASIFIKASI	610.730 76 [23]
PERPUSNAS ID	https://isbn.perpusnas.go.id/bo-penerbit/penerbit/isbn/data/view-kdt/1194060

Rahasia Sukses UKOM DIII Keperawatan (Soal + Pembahasan)

Penulis:

Ns. Maximilanus Dasril Samura, S.Kep., M.Kes.
Enik Suharyanti, S.Kep., Ners., M.Kep., Ns. Prima Yoselina, S.Kep., M.Kep.,
Rahmawati, S.Kep., Ns., M.Kes., Yusriani Saleh Baso, S.Kep., Ns., M.Kep.,
Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep.M.B., Ns. Cut Rahmi, S.Kep., M.Kep.,
Rusmauli Lumban Gaol, S.Kep., Ns., M.Kep., Ns. Rifka Zalila, S.Kep., M.Biomed.,
Tioma Naibaho, S.Kep., Ns., M.Kep., M. Noor Ifansyah, S.Kep., Ns., M.Kep.,
Ns. Kheniva Diah Anggita, S.Kep., M.Kep., Ns. Marlin Sutrisna, S.Kep., M.Kep.,
Ns. Nurul Safira Lahati, S.Kep., M.Kep., Ns. Marsaid, M.Kep.,
Taufiqur Rahman, S.ST., S.Kep., MM.Kes., Hilma Yasni, SST., M.Kes.,
Windha Widystuti, MNS.

Desain Sampul & Penata Letak:

Tim Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang



Cetakan Pertama : Februari, 2025
ISBN : 978-634-7139-50-4
PT NUANSA FAJAR CEMERLANG
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)
www.nuansafajarcemerlang.com

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang.

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

Copyright © 2025

All Right Reserved

PRAKATA

Uji Kompetensi (UKOM) merupakan tahap akhir yang harus dilalui oleh mahasiswa sebelum resmi menyelesaikan studi dan mewujudkan impian menjadi perawat yang kompeten. UKOM bukan sekadar ujian, tetapi juga menjadi parameter untuk menilai kemampuan, keterampilan, serta pemahaman mahasiswa terhadap berbagai aspek keperawatan yang akan diterapkan di dunia kerja.

Buku "Rahasia Sukses UKOM DIII Keperawatan" ini disusun sebagai panduan bagi mahasiswa keperawatan dalam mempersiapkan diri menghadapi UKOM. Buku ini dirancang secara sistematis dan mencakup berbagai materi penting, seperti Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Gawat Darurat, Keperawatan Maternitas, Keperawatan Anak, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Komunitas, Keperawatan Gerontik, serta Manajemen Keperawatan.

Disajikan dengan bahasa yang mudah dipahami, buku ini juga dilengkapi dengan kumpulan soal latihan yang dirancang untuk membantu mahasiswa mengenali pola soal UKOM serta meningkatkan rasa percaya diri dalam menghadapi ujian. Kami berharap buku ini dapat menjadi sumber belajar yang bermanfaat dalam perjalanan akademik dan profesional calon perawat di masa depan.

Semoga buku ini dapat membantu mahasiswa meraih keberhasilan dalam UKOM serta menjadi perawat yang kompeten, profesional, dan siap memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat.

**Lulus UKOM 1x Ujian
Lulus UKOM Bareng KLINIK UKOM**

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
ADA APA DI BUKUINI?.....	v
SIMULASI SOAL UKOM KEPERAWATAN.....	1
JAWABAN DAN PEMBAHASAN SOAL UKOM KEPERAWATAN.....	75
DAFTAR PUSTAKA	266

ADA APA DI BUKU INI?

Buku "Rahasia Sukses UKOM DIII Keperawatan" dirancang untuk menjadi panduan terbaik dalam memahami berbagai aspek keperawatan yang akan diuji dalam UKOM.

Latihan Soal & Pembahasannya

Ratusan soal latihan yang dilengkapi dengan jawaban serta pembahasan yang mendalam.

Strategi Menjawab Soal UKOM
Teknik efektif dalam memahami dan menjawab soal dengan cepat dan tepat.

Tips & Trik Sukses UKOM

Berbagai strategi dan kiat menghadapi UKOM dengan percaya diri dan tenang.

Siapkan diri Anda, taklukkan UKOM, dan KOMPETEN!

Lulus UKOM 1x Ujian

Lulus UKOM Bareng KLINIK UKOM

SIMULASI

SOAL UKOM KEPERAWATAN

Latihan Soal

Terdapat 5 (lima) pilihan ganda pada setiap soal, bacalah dengan teliti dan prioritaskan soal yang mudah terlebih dahulu!

1. Pasien laki-laki usia 25 tahun di rawat di ruang interna hasil pengkajian di dapatkan: demam sejak 3 hari yang lalu suhu naik turun berkisar 38 - 38,5°C dan sebelumnya sudah batuk-batuk dan pilek dan keluhan pada saat BAK urine berwarna kemerahan dan berbusa wajah bengkak.
Apakah gejala dari glomerulonephritis yang dapat didokumentasikan oleh perawat?
 - A. Batuk dan Pilek
 - B. Demam 3 hari
 - C. Urine Berdarah, Hematuri, Pembengkakan di Wajah
 - D. Suhu 38-38,5°C
 - E. Nyeri di Pinggang
2. Pasien usia 35 tahun di ruang IGD mengatakan nyeri di bagian pinggang kiri pada pengkajian:TD: 160/90 mmHg, skala nyeri 8, banyak keringat, RR: 30x/menit Pco₂:89% S:36,5°C, maka prioritas
Apa tindakan mandiri keperawatan yang perlu dilakukan?
 - A. Melonggarkan pakaian
 - B. Kolaborasi pemberian antibiotic
 - C. Memasang infus
 - D. Membaringkan pasien dan memberikan oksigen 3L/menit
 - E. Memasang infus dan memberikan terapi analgetic injeksi
3. Pasien usia 45 tahun datang ke IGD dengan hasil pengkajian demam dan sakit kepala sejak 3 hari yang lalu, nyeri di bagian kedua mata, dan batuk pilek sudah satu minggu. Terdapat sekret di hidung klien, dan suara napas

- ronchi, Tekanan darah 120/80 mmhg, RR 28x/menit.
Manakah prioritas masalah yang harus di atasi?
- A. Bersihkan jalan napas tidak efektif
 - B. Nyeri dan sakit kepala
 - C. Pola napas tidak efektif.
 - D. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi.
 - E. Banyak secret
4. Seorang pria 75 tahun di rawat di ruang interna dengan diagnosa medis edema paru et cause decompencatio cordis hasil pengkajian di temukan RR 26 x/menit bunyi napas rales, foto Rongent dan EKG menunjukan tanda-tanda hipertropi ventrikel kiri pasien mengatakan sulit bernapas saat tidur terlentang.
Apakah tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah tersebut?
- A. Nebulasi
 - B. Inhalasi uap
 - C. Batuk efektif
 - D. Posisi semi fowler
 - E. Posisi duduk
5. Seorang pria di rawat di ruang ICU di rumah sakit akibat aspirasi cairan, saat dilakukan pengkajian di dapatkan data-data sebagai berikut: batuk-batuk (+) retraksi dinding dada dan tampak pernapasan cuping hidung, tingkat kesadaran koma.
Apa tindakan yang harus dilakukan terlebih dahulu sebelum dilakukan tindakan suction?
- A. Membuka jalan napas dengan menggunakan orofaring
 - B. Lakukan sweeping finger
 - C. Membuka jalan napas dengan cross finger
 - D. Membuka jalan napas dengan hiper ekstensi kepala
 - E. Melakukan suction

6. Seorang pasien ke IGD mengeluh nyeri dada yang sangat hebat, namun saat di beri pertanyaan tentang skala nyeri pasien sulit mengungkapkannya, muntah (+) lemah (+), TD: 90/50 mmhg N: 128 x/menit RR 29 x/menit S: 37°C.
Apakah pengkajian yang perlu di lengkapi pada masalah keperawatan tersebut?
- A. Resiko kurang nutrisi
 - B. Nyeri dada bagian kiri dan menjalar ke belakang
 - C. Kecemasan meningkat
 - D. Kurang volume cairan
 - E. Tubuh tampak lemah
7. Pasien di rawat di ruang interna sesak hasil pengkajian pasien sesak napas, RR 36 x/menit dan tampak cuping hidung kedua tungkai edema, jvp: 8cm dan N:96x/menit HR 100x/menit, TD:90/50 mmhg, PCO₂: 87% S:36,7°C pasien mengalami masalah pernapasan gangguan pertukaran gas.
Apakah yang perlu dilengkapi untuk menegakkan diagnose keperawatan pada gangguan pertukaran gas pada pasien tersebut?
- A. Batuk yang mengeluarkan dahak berwarna kuning kehijauan
 - B. Auskultasi suara paru untuk memastikan apakah terjadi Edema paru
 - C. Ukur lingkar perut untuk memastikan apakah terjadi acites atau tidak
 - D. Palpasi hepar untuk memastikan apakah terjadi pembesaran hepar
 - E. Memberikan oksigen maksimal
8. Seorang wanita usia 30 tahun di rawat di ruang interna muntah lebih dari 5 x sejak padi sampai siang hari BAB 8 x dengan konsistensi encer turgor kulit jelek, mata cekung, bibir kering, mukosa kering mengeluh haus, namun bila

minum muntah TD:90/60mmHg N:120x/menit S: 38,8°C, PCo2: 97%, terapi yang di berikan infus RL dalam 1 jam, selanjutnya 2 RL dan 1 NACL0,9%/24 jam tetapi pasien menolak di pasang infus karena takut sakit.

Apa yang harus dilakukan oleh perawat?

- A. Membuat surat pernyataan penolakan tindakan.
 - B. Menawarkan pada pasien agar dokter melakukan pemasangan infus
 - C. Mengonsulkan pasien ke perawat yang lain yang sama nilai - nilai dan keyakinan
 - D. Merujuk pasien ke rumah sakit yang lain dan membuat pernyataan
 - E. Meminta perawat yang lebih senior dan lebih ahli dan menangani masalah
9. Pasien, 61 tahun penderita diabetes. Datang ke poli luka rumah sakit dengan keluhan nyeri di telapak kaki kiri, rasa seperti terbakar pada saat berjalan jauh dan terdapat luka di telapak kaki, dan kulit yang menebal, luka tidak di tutup, namun hanya menggunakan kaos kaki saja, untuk mencegah terjadi kerusakan dan infeksi yang lebih serius pada kaki klien tersebut.
- Apa masalah yang di hadapi oleh pasien tersebut?
- A. Memberikan edukasi tentang penyakit dan perawatannya
 - B. Menganjurkan untuk menggunakan sandal khusus
 - C. Menganjurkan untuk konsul ke dokter bedah
 - D. Memberikan terapi untuk mengurangi nyeri
 - E. Memberikan salep untuk mengurangi nyeri
10. Melakukan pengkajian pada foot syndrome harus dilakukan secara teratur pada pasien diabetes untuk mencegah terjadinya komplikasi dan kerusakan yang lebih serius pada kaki bawah berikut adalah cara yang terlebih dahulu untuk melakukan pengkajian pada diabetic foot syndrome.

Bagaimana prosedur pemeriksaan fisik pada pasien tersebut?

- A. Pemeriksaan sepatu
- B. Pemeriksaan sensasi kaki
- C. Pemeriksaan sirkulasi
- D. Pemeriksaan deformitas
- E. Pemeriksaan kaki

11. Seorang kepala ruangan memberikan kebebasan sepenuhnya kepada anggotanya untuk dalam melakukan pekerjaan dan tanpa di kontrol oleh kepala ruangan tersebut. Kepala ruangan menilai bahwa bawahannya mampu menyelesaikan pekerjaannya dengan baik.

Apakah gaya kepemimpinan yang diterapkan kepala ruangan tersebut?

- A. Autokratik
- B. Demokratik
- C. Laisess faire
- D. Kharismatik
- E. Partisipatif

12. Seorang manajer di suatu rumah sakit selalu mengambil keputusan sendiri walaupun banyak anggotanya yang berpendidikan tinggi dan mempunyai pengalaman yang sama dengannya, manajer tersebut selalu mengambil keputusan berdasarkan pemikirannya sendiri tanpa mempertimbangkan keputusan bawahannya.

Apakah gaya kepemimpinan yang di gunakan manajer rumah sakit tersebut?

- A. Autokratik
- B. Demokratik
- C. Laisess faire
- D. Kharismatik
- E. Partisipatif

13. Ruang rawat inap bedah salah satu RSU A sedang melakukan persiapan data penunjang untuk akreditasi rumah sakit tersebut, Kepala ruang tersebut menginstruksikan bawahannya untuk menyelesaikan semua data penunjang tersebut dalam waktu seminggu tetapi hingga waktu yang ditentukan pekerjaan tersebut tidak bisa diselesaikan oleh bawahannya dengan alasan mereka harus focus dan butuh waktu lama dalam menyelesaikan pekerjaannya, padahal jauh sebelumnya kepala ruang sudah mengingatkan agar semua pekerjaan diselesaikan dalam waktu yang cepat dan akurat sesuai dengan gaya kerjanya.

Dari kasus diatas yang menjadi sumber konflik adalah?

- A. Kekaburan yuridiksional
- B. Perbedaan antar individu
- C. Masalah organisasi
- D. Masalah dalam komunikasi
- E. Masalah finansial

14. RSU pada pukul 07.15 WIB mengumumkan jadwal baru apel pagi untuk semua staf yang bekerja di RS tersebut harus mengikuti apel setiap hari pada pukul 7.30 di lapangan RSU dan jadwal tersebut berlaku dimulai sejak aturan itu diumumkan. Jadwal apel pagi sebelumnya setiap staf hanya wajib mengikuti apel pada hari senin saja.

Dari kasus diatas, apakah sumber yang dapat memicu konflik?

- A. Kekaburan yuridiksional
- B. Perubahan yang cepat dan mendadak
- C. Masalah organisasi
- D. Masalah dalam komunikasi
- E. Masalah finansial

15. Kepala ruang penyakit dalam sedang merencanakan pengembangan staf melalui pelatihan selama 6 bulan untuk meningkatkan kemampuan serta ketrampilan staf yang berada di ruang tersebut.

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

- A. *Planning*
- B. *Organizing*
- C. *Staffing*
- D. *Directing*
- E. *Controlling*

16. Seorang kepala ruangan berdiskusi dengan stafnya dalam mengambil keputusan terhadap permasalahan yang dihadapi oleh pasien diruangannya. Kepala ruangan meminta semua staf untuk memberikan saran dan masukan terhadap keputusan yang akan ditetapkan.

Apakah gaya kepemimpinan ketua tim pada kasus tersebut?

- A. Autokratik
- B. Demokrati
- C. Laisess faire
- D. Kharismatik
- E. Partisipatif

17. RS sedang melaksanakan proses ujian terhadap tenaga kesehatan dalam kegiatan menyeleksi staf baru yang layak diterima di Rumah sakit tersebut.

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

- A. *Planning*
- B. *Organizing*
- C. *Staffing*
- D. *Directing*
- E. *Controlling*

18. Kepala ruang bedah sedang melakukan pembagian kerja terhadap stafnya dan menguraikan tugas pokok dan fungsi setiap staf di ruangan tersebut.
Apakah fungsi manajemen keperawatan yang sedang dijalankan oleh kepala ruang tersebut?
- A. *Planning*
 - B. *Organizing*
 - C. *Staffing*
 - D. *Directing*
 - E. *Controlling*
19. Seorang perawat bertanggung jawab merawat seorang pasien dengan CHF. Pasien mampu melakukan ADL, mampu mandi, makan dan minum sendiri, ambulasi dengan pengawasan.
Apakah tingkat ketergantungan perawatan pada pasien tersebut?
- A. *Total care*
 - B. *Partial care*
 - C. *Minimal care*
 - D. *Mediate care*
 - E. *Intermediate care*
20. Seorang perawat bertanggung jawab merawat seorang pasien dengan Stroke hemoragik. Pasien memerlukan waktu 3-4 jam/hari, makan dan minum dibantu, Kebersihan dibantu.
Apakah tingkat ketergantungan perawatan pada pasien tersebut?
- A. *Total care*
 - B. *Partial care*
 - C. *Minimal care*
 - D. *Mediate care*
 - E. *Intermediate care*

21. Seorang laki-laki berumur 34 tahun dirawat di RSJ karena tidak mau keluar kamar saat di rumah dan memukuli dinding kamar. Hasil pengkajian: saat di rumah mendengar suara yang menyuruh untuk memukul dinding dengan keras. Saat ini selalu menunduk, kontak mata tidak ada, menolak berinteraksi, tidak mau di dekati dan berbicara dengan orang lain.

Apakah prioritas masalah keperawatan pada kasus tersebut?

- A. Halusinasi
- B. Isolasi sosial
- C. Harga diri rendah
- D. Perilaku Kekerasan
- E. Defisit perawatan diri

22. Seorang Perempuan berusia 36 tahun dirawat di RSJ karena sering bicara sendiri. Hasil pengkajian: sering merasakan ada serangga yang selalu menempel di kulitnya, tidak nyaman dan selalu mengusap area tersebut, gerakan tersebut muncul 4-5 kali dengan durasi 2-3 menit.

Apakah jenis halusinasi yang muncul pada kasus tersebut?

- A. Pendengaran
- B. Pengecapan
- C. Penglihatan
- D. Penghidu
- E. Perabaan

23. Seorang perempuan berusia 26 tahun dirawat di RSJ karena merasa tidak mampu menjadi istri yang baik. Saat perawat melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien, pasien mampu menjawab penyebab pasien merasakan hal tersebut, dan perawat merespon dengan mengatakan "Ibu hebat, ibu sudah mampu menyebutkan penyebab rasa bersalah ibu".

- Apakah jenis teknik komunikasi yang dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Meringkas jawaban
 - B. Melakukan Klarifikasi
 - C. Memfokuskan jawaban
 - D. Menunjukkan penerimaan
 - E. Memberikan penghargaan
24. Seorang perempuan berusia 38 tahun, dirawat di RSJ selama 2 minggu. Hasil pengkajian: menyendiri, menunduk dan mencoba menghindar saat diajak berinteraksi. Perawat melakukan komunikasi terapeutik "Sore ibu, bagaimana perasaan hari ini? Bisa kita berbincang sebentar bu tentang keuntungan dan kerugian berkenalan dengan orang lain yang sudah kita bahas di pertemuan sebelumnya?" Apakah tahap komunikasi yang dilakukan perawat diatas?
- A. Pra interaksi
 - B. Validasi/Evaluasi
 - C. Kontrak pertemuan
 - D. Evaluasi respon
 - E. Evaluasi tindak lanjut
25. Seorang laki-laki berusia 30 tahun diantar ke UGD RSJ karena mengamuk di rumah. Hasil pengkajian: berteriak, mata melotot, gelisah, tangan mengepal serta melempar benda disekitarnya. Untuk menjaga keselamatan pasien, perawat akan melakukan pengikatan pada pasien tersebut. Apakah prinsip etik yang dilakukan oleh perawat pada kasus tersebut?
- A. *Fidelity*
 - B. *Justice*
 - C. *Veracity*
 - D. *Beneficence*
 - E. *Maleficence*

26. Seorang laki-laki berusia 37 tahun diantar ke RSJ karena mengamuk dan mengancam membakar rumah. Keluarga mengatakan bahwa pasien bercerai dengan istrinya 5 bulan yang lalu dan sejak itu sering menyendiri. Hasil pengkajian: tidak fokus, berbicara sendiri, dan memukul siapapun yang ada didekatnya termasuk membanting barang disekitarnya, saat ini mendengar bisikan untuk memukul siapapun yang ada di dekatnya.

Apakah prioritas diagnosa keperawatan pada kasus tersebut?

- A. Halusinasi
- B. Isolasi Sosial
- C. Harga diri rendah
- D. Perilaku kekerasan
- E. Defisit perawatan diri

27. Seorang perempuan berumur 36 tahun dirawat di RSJ saat ini sudah boleh pulang karena kondisi sudah baik. Pasien memohon untuk tidak menghubungi keluarganya dan ingin tetap di RS. Perawat menjelaskan kepada pasien bahwa kondisinya sudah baik dan sudah bisa melakukan rawat jalan. Perawat membantu berkomunikasi dengan keluarga terkait kondisi pasien dan persiapan pulang pasien.

Apakah prinsip etik yang dilakukan oleh perawat pada kasus tersebut?

- A. *Justice*
- B. *Fidelity*
- C. *Veracity*
- D. *Autonomy*
- E. *Beneficience*

28. Seorang perempuan, berumur 24 tahun dirawat di RSJ karena mengamuk. Saat perawat mengajarkan cara mengontrol marah dengan berbicara yang baik, pasien

terlihat tenang, terdapat kontak mata, nada suara rendah dan memperhatikan.

Apakah evaluasi subjektif yang tepat pada pasien tersebut?

- A. Menanyakan kabar hari ini
- B. Memasukan ke jadwal harian
- C. Meminta pasien latihan mandiri
- D. Menanyakan perasaan setelah diajarkan
- E. Meminta pasien mengulang cara yang diajarkan

29. Seorang perempuan berusia 35 tahun, dirawat di RSJ sering menyendiri. Hasil pengkajian: pasien mengatakan tidak ingin ketemu dengan orang lain, tidak butuh merawat diri, tidak mau mandi, kulit kotor, rambut kotor, kuku kotor dan panjang, baju terbalik dan tidak dikancing.

Apakah implementasi yang cocok untuk kasus di atas?

- A. Mengajarkan cara mandi
- B. Mengajari cara berdandan
- C. Mengajarkan cara toileting
- D. Mengajari cara makan dan minum
- E. Menjelaskan pentingnya perawatan diri

30. Seorang laki-laki berusia 50 tahun dirawat di RSJ sering diam. Hasil pengkajian: malu bertemu orang lain, merasa menjadi orang tua yang gagal karena anaknya tidak ada yang sekolah perguruan tinggi, sering dibicarakan oleh keluarga besar menjadi orang tua yang tidak berguna.

Apakah gangguan konsep diri pada kasus tersebut?

- A. Ideal Diri
- B. Peran Diri
- C. Harga diri
- D. Identitas Diri
- E. Gambaran Diri

31. Seorang laki-laki (38 tahun), dirawat di Rumah Sakit Jiwa dengan keluhan mendengar suara-suara sejak 1 bulan lalu. Hasil pengkajian: mendengarkan suara-suara yang mengejek, seperti mengatakan jelek, kulit hitam, bibir tebal, kadang-kadang suka berteriak, mulut komat kamit, jalan mondar mandir.

Apakah masalah yang paling tepat pada kasus tersebut?

- A. Isolasi social
- B. Defisit perawatan diri
- C. Risiko perilaku kekerasan
- D. Gangguan orientasi realita: waham
- E. Gangguan sensori persepsi: halusinasi

32. Seorang Perempuan (27 Tahun) dirawat di Rumah Sakit Jiwa dengan keluhan suka menyendiri dan tidak mampu melakukan kegiatan sejak 1 bulan lalu. Hasil Pengkajian: merasa minder karena tidak bisa apa-apa, tidak mampu melakukan kegiatan, banyak menyendiri, malas bicara dengan teman lain karena selalu diejek. Saat bercakap - cakap dengan perawat pasien menunduk, menghindari kontak mata.

Apakah masalah keperawatan yang paling tepat pada kasus tersebut?

- A. Isolasi sosial
- B. Harga Diri Rendah
- C. Defisit perawatan diri
- D. Risiko perilaku kekerasan
- E. Gangguan sensori persepsi: halusinasi

33. Seorang perempuan (20 tahun) dirawat di RSJ dengan keluhan suka bicara sendiri, sejak satu bulan lalu. Hasil Pengkajian: mendengar suara - suara untuk menghancurkan semua barang dan memukul ayahnya karena melarang menikah dengan orang yang disukainya,

suka berbicara sendiri, tampak posisi telinga diarahkan ke posisi suara.

Apakah masalah keperawatan yang paling tepat pada kasus tersebut?

- A. Halusinasi Pendengaran
- B. Halusinasi Pengecapan
- C. Halusinasi Penglihatan
- D. Halusinasi penciuman
- E. Halusinasi Perabaan

34. Seorang wanita (30 tahun), dirawat di RSJ dengan keluhan sejak satu minggu yang lalu marah-marah dan membanting barang. Hasil pengkajian: kadang-kadang terlihat bicara sendiri dengan nada suara tinggi dan mata melotot. Hasil evaluasi validasi data pada pertemuan ke empat ini marah berkurang, sudah mampu tarik napas dalam, pukul kasur bantal, mengungkapkan marah dengan baik, meminta dengan baik, menolak dengan baik dan minum obat teratur.

Apakah tindakan keperawatan yang harus dilakukan pada pertemuan ke empat yang paling tepat pada kasus tersebut?

- A. Mengurangi stimulus
- B. Memberikan aktivitas fisik
- C. Melatih pasien cara spiritual
- D. Melatih pasien patuh minum obat dengan prinsip 6 benar
- E. Memberi kesempatan pasien mengungkapkan rasa marahnya

35. Seorang Perempuan (32 tahun) dirawat di rumah oleh keluarga dengan keluhan halusinasi. Hasil pengkajian: Klien sudah mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat dengan teratur dan melakukan aktivitas di rumah, keluarga mengatakan anaknya sudah jarang

melamun, mau bercakap-cakap dengan anggota keluarganya, halusinasi sudah tidak ada. Berdasarkan hasil evaluasi keluarga sudah mampu merawat anaknya dengan cara melatih cara menghardik halusinasi, minum obat, bercakap-cakap, serta melakukan aktivitas.

Apakah tindakan keperawatan untuk keluarga yang paling tepat sesuai kasus tersebut?

- A. Mendiskusikan cara meningkatkan harga diri
- B. Mendiskusikan cara melatih melakukan kegiatan positif
- C. Mendiskusikan cara membantu berorientasi dengan realita
- D. Mendiskusikan cara melatih melakukan aktivitas sesuai jadwal
- E. Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan, rujukan segera ke rumah sakit

36. Seorang laki-laki (35 tahun), dirawat di Rumah Sakit Jiwa, dengan diagnosa keperawatan Perilaku kekerasan. Hasil Pengkajian: pasien dirawat selama 3 hari, suka marah-marah dan melempar barang - barang. Perawat sudah melakukan tindakan keperawatan strategi pelaksanaan yaitu: Bina Hubungan saling Percaya.

Apakah Intervensi selanjutnya yang paling tepat pada kasus tersebut?

- A. Bina Hubungan Saling Percaya
- B. Bantu Klien mengungkapkan perasaannya
- C. Mengidentifikasi tanda perilaku kekerasannya
- D. Diskusikan dengan pasien Perilaku kekerasan yang dilakukan selama ini
- E. Bicarakan akibat dan kerugian cara yang dilakukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan

37. Seorang perempuan (20 tahun), dirawat di RSJ, dengan keluhan tidak mampu berhias. Hasil pengkajian: tidak mampu melakukan berhias diri, rambut berantakan, badan

tampak kotor dan kuku panjang serta jarang mandi, kulit kotor, kusam. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Halusinasi
 - B. Defisit Perawatan diri
 - C. Resiko Perilaku kekerasan
 - D. Menarik Diri: Isolasi Sosial
 - E. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah
38. Seorang Perempuan (28 tahun), dirawat di Rumah Sakit Jiwa dengan keluhan suka menyendiri. Hasil pengkajian: suka menghindar interaksi dan hubungan dengan orang lain dan suka menyendiri.
- Apakah Diagnosa Keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Isolasi sosial
 - B. Halusinasi
 - C. Defisit Perawatan diri
 - D. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah
 - E. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan
39. Seorang Perempuan (28 tahun), dirawat di RSJ dengan keluhan melihat bayangan putih. Hasil pengkajian: melihat cahaya terang, bayangan orang putih, isinya mengajak terbang tinggi, dan sering melihat kearah atas dan mulut komat kamit. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Halusinasi Pendengaran
 - B. Halusinasi Penglihatan
 - C. Halusinasi Perabaan
 - D. Halusinasi Penghidu
 - E. Halusinasi Pengecap

40.Tim Perawat di Ruangan Sibual-buali Rumah Sakit Jiwa, akan melaksanakan Kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan. Hasil pengkajian: pasien dilatih untuk mempersepsikan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Seperti pada sesi 3 menggambar pada kegiatan TAK.

Apakah sesi ke dua pada aktivitas yang diberikan pada kasus tersebut ?

- A. Gambar
- B. Menonton TV
- C. Membaca majalah/koran/artikel
- D. Mengenal Perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- E. Mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan fisik

41.Seorang perempuan 28 tahun G2P1A0 hamil 21 minggu datang ke puskesmas dengan keluhan perdarahan tanpa rasa nyeri sejak dua hari yang lalu. Hasil pemeriksaan: perdarahan tanpa rasa nyeri, tidak ada demam. Pemeriksaan fisik tekanan darah 110/70 mmHg, pernapasan 20x/menit, suhu 36,5°C, nadi 80x/menit, denyut jantung janin 140x/menit, ketika di USG didapatkan plasenta terletak rendah pada rahim sehingga menutup leher rahim.

Apakah komplikasi kehamilan yang terjadi pada pasien dengan kasus tersebut?

- A. Abortus
- B. Preeklamsia
- C. Plasenta previa
- D. Solusio plasenta
- E. Diabetes gestasional

42.Seorang perempuan 26 tahun G1P0A0, masuk ke IGD rumah sakit karena mengeluh perut terasa mulas seperti ingin buang air besar semakin lama semakin sakit. Dari hasil

pemeriksaan didapatkan kepala sudah turun, bukaan 10 cm namun air ketuban pasien masih utuh.

Apakah tindakan yang tepat untuk dilakukan oleh seorang perawat berdasarkan kasus tersebut?

- A. Amniotomi
- B. Episiotomi
- C. Memimpin persalinan
- D. Pemeriksaan dalam ulang
- E. Cek denyut jantung janin

43. Seorang perempuan 28 tahun G1P0A0, datang ke klinik dengan keluhan nyeri yang menjalar ke pinggang, klien mengaku sudah keluar lendir darah. Hasil pemeriksaan didapatkan selaput ketuban (+), pembukaan 5cm, portio lunak, presentasi kepala di hodge II.

Apakah tindakan keperawatan yang harus segera dilakukan pada kasus tersebut?

- A. Melengkapi anamnesa
- B. Memecahkan ketuban
- C. Memimpin persalinan
- D. Melakukan periksa dalam
- E. Mengobservasi denyut jantung janin

44. Seorang perempuan 25 tahun G1P0A0, dirawat diruang bersalin rumah sakit, hasil pemeriksaan didapatkan data inpartu, klien terlihat tegang, klien mengatakan apakah dia bisa melahirkan dengan normal, his teratur 3-4x/menit, lamanya 50 detik, denyut jantung janin: 130x/menit, VT: pembukaan 7cm, ketuban (+), perineum kaku, Nadi: 100x/menit.

Apakah diagnosa keperawatan utama pada klien tersebut?

- A. Nyeri berhubungan dengan kontraksi rahim
- B. Cemas berhubungan dengan proses persalinan
- C. Kurang volume cairan berhubungan dengan output berlebihan

- D. Resiko cidera maternal berhubungan dengan proses persalinan
- E. Resiko terjadinya penyulit persalinan berhubungan dengan persalinan tak maju
45. Seorang perempuan 24 tahun G1P0A0, dirawat di ruang bersalin rumah sakit, pasien inpartu telah berhasil melahirkan bayi, bayi diletakkan diatas perut ibu untuk melakukan IMD. Hasil pemeriksaan menunjukkan TFU setinggi pusat, HIS bertambah (+) dan tali pusat memanjang. Apakah tindakan utama yang harus dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- A. Menjahit perineum
- B. Melahirkan plasenta
- C. Resusitasi bayi baru lahir
- D. Menghentikan perdarahan
- E. Mengobservasi perdarahan
46. Seorang perawat 23 tahun bekerja di klinik bersalin membantu pasien yang sedang dilakukan induksi persalinan pada usia kehamilan 41 minggu. Pasien mengalami kontraksi muncul setiap 2 sampai 3 menit, dengan durasi kontraksi 60 detik. Sebuah monitor denyut jantung janin telah terpasang. Rata-rata denyut jantung janin antara 120 sampai 130 kali per menit selama satu jam.
- Apakah tindakan prioritas utama yang harus dilakukan oleh perawat pada kasus tersebut?
- A. Menghentikan infus oksitosin
- B. Meningkatkan jumlah tetesan cairan infus
- C. Memberitahukan pada petugas kesehatan yang lain
- D. Memberikan oksigen masker 8 sampai 10 liter/menit
- E. Menghubungi pihak keluarga klien agar berada di tempat

47. Seorang perempuan 29 tahun G2P1A0 datang ke puskesmas, pasien mengatakan hamil 32 minggu, mengeluh mengalami perdarahan saat bangun tidur namun tidak ada nyeri. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 120/80 mmHg, pernapasan 22x/menit, suhu 36,7°C, dan nadi 86x/menit serta hasil USG menunjukkan plasenta previa marginalis. Apakah tindakan yang sebaiknya harus dihindari oleh seorang perawat terhadap pasien tersebut?
- A. Observasi kontraksi
 - B. Palpasi maneuver leopold
 - C. Mengukur tanda-tanda vital
 - D. Pemeriksaan tinggi fundus uterus
 - E. Melakukan pemeriksaan dalam
48. Seorang perempuan 27 tahun G2P1A0 datang ke klinik bersalin dengan usia kehamilan 39 minggu hasil pemeriksaan didapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal, klien sedang dalam proses persalinan (in partu) namun setelah kepala bayi lahir, bayi tidak mengalami putaran paksi luar, bahunya menyangkut di jalan lahir. Kondisi ini membuat proses persalinan membutuhkan waktu yang lebih lama. Apakah komplikasi persalinan yang terjadi pada kasus tersebut?
- A. Preeklamsia
 - B. Partus lama
 - C. Distosia bahu
 - D. Solusio plasenta
 - E. Oligohidroamnion
49. Seorang perempuan 24 tahun G1P0A0, dirawat di ruang bersalin rumah sakit. Hasil pemeriksaan didapatkan hamil aterm in partu, mengeluh nyeri, klien terlihat selalu meringis, his teratur 3-4x/ 10 menit, lamanya 40 detik, denyut jantung

janin: 130x/mnt, tanda-tanda vital dalam batas normal, urin 150 ml.

Apakah diagnosa keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Nyeri b.d kontraksi rahim
- B. Resiko cedera janin b.d uteroplasenta
- C. Kurang volume cairan b.d output berlebihan
- D. Resiko cidera maternal b.d proses persalinan
- E. Resiko terjadinya penyulit persalinan b.d persalinan tak maju

50. Seorang perempuan 24 tahun G1P0A0 usia kehamilan 34 minggu, melakukan kunjungan ke poliklinik. Hasil pemeriksaan didapatkan kepada perawat yang memeriksanya ibu hamil tersebut mengeluhkan adanya bengkak yang terjadi pada kedua tungkai kakinya dan tanda-tanda vital masih dalam batas normal.

Apakah yang harus perawat kaji pada pasien tersebut?

- A. Mengkaji posisi tidur
- B. Mengkaji konsumsi garam
- C. Mengkaji berat badan ideal
- D. Mengkaji asupan air minum
- E. Mengkaji proses terjadinya oedem

51. Perempuan 27 tahun G3P2A0 hamil 28 minggu, datang ke Poly KIA dengan keluhan merasa sering pusing, badan lemas, kalau beraktivitas merasa sesak dan lekas capek. Hasil pengkajian: cunjungtiva anemis, akral dingin, Kapillary refill time > 3 detik, bibir pucat. TD: 70/60 mmHg, Nadi 120x/menit, Pernapasan 20 x/menit, Suhu 36,5°C.

Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Risiko perdarahan
- B. Ganggung pertukaran gas
- C. Gangguan ventilasi spontan

- D. Perfusi perifer tidak efektif
E. Risiko cedera ibu dan janin
52. Perempuan 32 tahun G4P2A1 hamil 34 minggu, datang ke Poly KIA dengan keluhan kepala sering sakit, kaki terasa berat dan bengkak. Hasil pengkajian: kulit tungkai mengkilap, ditekan lama kembali.
Apakah tindakan keperawatan selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Anjurkan batasi cairan
B. Batasi asupan natrium
C. Periksa Tekanan Darah
D. Istirahat kaki ditinggikan
E. Anjurkan ke bagian lab untuk periksaan urine
53. Perempuan 29 tahun hamil 28 minggu datang ke poli kebidanan untuk periksa kehamilan. Hasil pengkajian didapatkan data kehamilan sekarang adalah kehamilan yang ketiga, anak pertama keguguran, anak kedua lahir secara normal.
Bagaimanakah cara menulis status obstetri pada kasus di atas?
- A. G3P2A1
B. G2P3A1
C. G2P2P0
D. G3P1A1
E. G3P1A0
54. Perempuan 20 tahun G2P1A0, datang ke poli KIA mengeluh sudah 2,5 bulan tidak datang haid, sering mual dan pusing terutama di pagi hari. HPHT tanggal 13 November 2024, siklus 28 hari dan teratur. Hasil pemeriksaan: TFU 3 jari atas symphysis pubis.
Kapankah tafsiran partus pada ibu tersebut?

- A. 20 - 7- 2024
B. 22 - 7 - 2024
C. 20 - 8 - 2025
D. 19 - 8 -2025
E. 23 - 8 - 2025
55. Perempuan 31 tahun G1P0A0 hamil 34 minggu, datang ke poliklinik KIA untuk pemeriksaan kehamilan rutin. Perawat telah melakukan pemeriksaan leopold I dengan hasil di dalam fundus teraba lunak dan besar
Apakah yang terdapat di dalam fundus uteri tersebut?
A. Kaki
B. Tangan
C. Kepala
D. Punggung
E. Bokong
56. Perempuan 33 tahun G3P2A0 hamil 34 minggu, datang ke Poli Kebidanan untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil pemeriksaan: TD 120/78 mmHg, nadi 80 x/mt pernapasan 20 x/mt. suhu 36,4°C. Perawat sedang melakukan pemeriksaan palpasi abdomen untuk menentukan presentasi janin.
Bagaimanakah cara pemeriksaan yang tepat untuk mengetahui presentasi janin tersebut?
A. Mengukur tinggi rahim
B. Meraba bagian bawah janin
C. Meraba fundus uteri
D. Meraba sisi / samping abdomen
E. menggoyangkan bagian bawah rahim
57. Perempuan 34 tahun G3P2A0, datang ke poliklinik untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil pemeriksaan didapati tinggi fundus uteri 28 cm, punggung kiri dan presentasi bokong.
Berapa minggukah usia kehamilan ibu tersebut?

- A. 26 minggu
B. 28 minggu
C. 30 minggu
D. 32 minggu
E. 34 minggu
58. Perempuan 33 tahun G3P2A0 hamil 38 minggu, datang ke Klinik untuk memeriksa kehamilan. Hasil pemeriksaan leopold didapatkan data Fundus teraba lunak dan besar, punggung janin sebelah kiri, presentasi kepala. Perawat akan mendengarkan denyut jantung janin.
Dimanakan posisi meletakkan alat tersebut pada kasus tersebut?
- A. Di atas symphysis pubis
B. Sebelah kiri bawah pusat
C. Sebelah kanan bawah pusat
D. Sebelah kiri atas pusat
E. Sebelah kanan atas pusat
59. Perempuan 25 thn G1A0P0 hamil 10 minggu, datang ke poliklinik KIA dengan keluhan mengeluarkan bercak darah dari kemaluannya sejak 3 jam yang lalu dan perut terasa mulas. Hasil pemeriksaan medis, pasien mengalami abortus imminens
Apakah tindakan utama pada kasus tersebut?
- A. Memonitor tanda – tanda vital
B. memenuhi kebutuhan gizi
C. Memonitor perdarahan
D. Mengajurkan *bedrest*
E. Mengajurkan USG
60. Perempuan 42 tahun G7P5A1 hamil 34 minggu, datang ke poliklinik untuk memeriksakan kehamilannya. Klien mengatakan selama hamil tidak ada keluhan kehamilan yang

berarti tapi sudah tidak ingin punya anak lagi setelah kelahiran nanti.

Apakah metode keluarga berencana (KB) yang tepat dianjurkan perawat pada pasien tersebut?

- A. IUD
- B. Suntik
- C. Implat
- D. Tubektomi
- E. Vasektomi

61. Seorang perawat komunitas mengunjungi keluarga, seorang ibu dengan anak laki - laki 3 tahun yang sering mengalami infeksi saluran pernapasan atas (ISPA). Rumah keluarga terletak di daerah padat penduduk dengan ventilasi yang buruk.

Apa implementasi prioritas yang harus dilakukan perawat?

- A. Mengajarkan teknik mencuci tangan yang benar
- B. Menyampaikan edukasi tentang pentingnya imunisasi
- C. Merujuk anak ke puskesmas untuk pemeriksaan lanjutan
- D. Mengedukasi keluarga tentang perbaikan ventilasi rumah
- E. Memberikan vitamin untuk meningkatkan daya tahan tubuh anak

62. Seorang perawat mengunjungi keluarga seorang pria berusia 65 tahun dengan riwayat diabetes melitus. Dia mengeluhkan kesemutan pada kaki yang semakin sering terjadi, penebalan pada kulit kaki, perubahan warna kulit dan kaki dingin.

Apa tindakan awal yang harus dilakukan perawat?

- A. Mengarahkan pemeriksaan ke dokter spesialis saraf
- B. Menyampaikan informasi tentang pola makan sehat
- C. Memberikan edukasi tentang perawatan kaki diabetik
- D. Menyarankan penggunaan sepatu khusus untuk diabetes
- E. Mengajarkan cara memantau kadar gula darah secara mandiri

63. Laki - laki berusia 70 tahun mengeluhkan sulit tidur di malam hari dan sering merasa kelelahan pada siang hari padahal tidak banyak beraktivitas. Lansia tersebut tinggal sendiri dan tidak memiliki aktivitas harian yang teratur.

Apa langkah implementasi yang paling tepat?

- A. Merujuk lansia ke dokter spesialis psikiatri
- B. Mengajarkan teknik relaksasi sebelum tidur
- C. Memberikan edukasi tentang pola tidur yang sehat
- D. Menganjurkan lansia untuk mengikuti kegiatan sosial
- E. Menyarankan lansia untuk mengonsumsi obat tidur herbal

64. Seorang ibu membawa anak perempuan usia 7 tahun ke posyandu dengan keluhan anaknya mengalami gatal-gatal di kulit yang disertai bintik-bintik merah. Anak sering bermain di luar tanpa alas kaki.

Apa implementasi prioritas perawat?

- A. Mengoleskan salep antipruritus untuk mengurangi gatal
- B. Menyarankan penggunaan alas kaki saat bermain di luar
- C. Mengedukasi keluarga tentang kebersihan lingkungan
- D. Memberikan obat antihistamin sesuai resep
- E. Merujuk anak ke dokter spesialis kulit

65. Perempuan berusia 72 tahun dengan riwayat hipertensi mengeluhkan sering pusing saat bangun dari posisi duduk. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 130/80 mmHg dalam posisi duduk dan 100/70 mmHg dalam posisi berdiri.

Apa implementasi yang paling tepat?

- A. Memberikan edukasi tentang perubahan posisi secara perlahan
- B. Merujuk lansia ke dokter untuk evaluasi pengobatan hipertensi
- C. Menganjurkan suplemen untuk meningkatkan tekanan darah

- D. Menyarankan lansia untuk meningkatkan asupan cairan
E. Mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi stres
66. Anak laki - laki usia 5 tahun dibawa ke puskesmas karena berat badan yang tidak naik selama tiga bulan terakhir. Pemeriksaan menunjukkan anak mengalami gizi kurang. Apa langkah prioritas yang harus dilakukan perawat?
- A. Memberikan edukasi tentang pemberian makanan tambahan
 - B. Mengajarkan orang tua cara memasak makanan bergizi
 - C. Merujuk anak ke ahli gizi untuk konsultasi lebih lanjut
 - D. Menganjurkan suplemen vitamin sesuai kebutuhan
 - E. Mengedukasi orang tua tentang pola makan sehat
67. Perawat mengunjungi keluarga dengan bayi Perempuan usia 6 bulan. Keluarga mengeluhkan bahwa bayinya sering muntah setelah diberi makan bubur sebagai MPASI. Keluarga memberikan makan dengan menggunakan sendok makan biasa. Apa langkah implementasi yang paling tepat?
- A. Mengajarkan teknik pemberian makan yang benar
 - B. Merujuk bayi ke dokter anak untuk pemeriksaan lanjutan
 - C. Memberikan edukasi tentang tanda-tanda alergi makanan
 - D. Mengedukasi tentang pemberian ASI eksklusif hingga usia 1 tahun
 - E. Menyarankan pasien untuk menghentikan pemberian MPASI sementara
68. Laki - laki berusia 60 tahun, mengalami kesulitan mengingat dan sering lupa dengan aktivitas sehari-harinya. Hasil pengkajian menunjukkan kemungkinan demensia dini. Apa langkah implementasi awal yang dapat dilakukan perawat?
- A. Memberikan edukasi tentang strategi memori, seperti membuat catatan

- B. Menyarankan penggunaan obat untuk meningkatkan fungsi kognitif
- C. Mengedukasi keluarga tentang tanda-tanda demensia lanjut
- D. Mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi stres
- E. Merujuk pasien ke dokter spesialis saraf
69. Perempuan berusia 34 tahun, tinggal di wilayah dengan angka kejadian DBD yang tinggi. Ia mengeluhkan banyak nyamuk di rumahnya dan bertanya tentang langkah yang dapat dilakukan untuk mencegah penyebaran penyakit. Apa langkah pencegahan yang paling efektif?
- A. Menggunakan kelambu saat tidur
- B. Mengoleskan lotion antinyamuk setiap malam
- C. Memasang perangkap nyamuk elektrik di rumah
- D. Menyemprotkan insektisida ke seluruh rumah setiap minggu
- E. Melakukan 3M (menguras, menutup, dan mendaur ulang barang bekas)
70. Laki - laki berusia 58 tahun dengan diabetes mellitus, tinggal di lingkungan dengan fasilitas kesehatan yang terbatas. Ia mengeluhkan luka di kakinya yang sulit sembuh. Apa implementasi yang paling tepat dilakukan perawat?
- A. Mengajarkan cara perawatan luka di rumah
- B. Menganjurkan pasien untuk beristirahat total
- C. Merujuk pasien ke rumah sakit untuk perawatan lebih lanjut
- D. Menyarankan pasien untuk menjaga kadar gula darah tetap stabil
- E. Memberikan edukasi tentang penggunaan obat luka tanpa resep dokter
71. Perawat mendatangi keluarga untuk memantau kondisi pasien, laki-laki, 32 tahun, dengan ulkus Diabetikum. Dari

hasil pemeriksaan terdapat luka di telapak dan punggung kaki kanan, berbau busuk, tingkat kesadaran apatis, gelisah, demam, GDS: 450 mg/dl, TD: 110/60 mmHg, Nadi 64x/menit, suhu 38,5°C. Keluarga menghendaki perawatan pasien sepenuhnya dilakukan oleh perawat dirumahnya.

Apakah prinsip etik yang diterapkan keluarga pada kasus tersebut?

- A. *Fidelity*
- B. *Veracity*
- C. *Otonomi*
- D. *Confidentiality*
- E. *Inform consent*

72. Hari ini perawat berkunjung ke keluarga, untuk yang ketiga kalinya sesuai kontrak dengan keluarga sebelumnya, bertujuan untuk memonitor perkembangan anak dengan thypoid di hari yang ketiga. Terdapat laki-laki, 35 tahun, mengatakan bahwa anaknya, perempuan, 6 bulan, batuk pilek berkurang. Anak nampak lemah dan suhu badan nya masih panas.

Apa prinsip etik yang dilakukan perawat pada kasus diatas?

- A. *Fidelity*
- B. *Veracity*
- C. *Otonomi*
- D. *Confidentiality*
- E. *Inform consent*

73. Hasil pengkajian perawat di keluarga, terdapat pasangan suami isteri, laki-laki, 26 tahun dan perempuan, 24 tahun, mempunyai anak perempuan, 10 tahun, merasakan disminorhea hari pertama, nyeri skala 6, anak menangis teriak-teriak di kamar. Ibu segera memberikan kompres hangat pada daerah perut bagian bawah, dan diberi obat penghilang nyeri dari perawat tetangga rumahnya.

Berapakah skor potensi masalah dapat dicegah oleh keluarga?

- A. 2
- B. 1
- C. 0
- D. 4
- E. 3

74. Kunjungan rumah di keluarga, terdapat laki-laki, 20 tahun, tinggal bersama perempuan, 16 tahun, hamil anak pertama. Kehamilan sang ibu sehat, selalu memeriksakan ke bidan sebulan sekali. Suami selalu memberikan kasih sayang yang cukup, selalu memantau perkembangan kehamilan istri dan janinnya.

Apakah masalah keperawatan pada kasus diatas?

- A. Kesiapan peningkatan coping keluarga
- B. Pemeliharaan Kesehatan tidak efektif
- C. Kesiapan peningkatan proses keluarga
- D. Perilaku Kesehatan cenderung beresiko
- E. Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif

75. Hasil pengkajian perawat di keluarga, terdapat laki-laki, usia 28 tahun, mengeluh badan panas, batuk dan sesak napas pulang dari kerja di pabrik kayu sejak 3 hari yang lalu. TTV: suhu $39,3^{\circ}\text{C}$, nadi $87x/\text{menit}$. Keluarga belum pernah memeriksakan pasien ke puskesmas, istrinya nangis, sedih dan bingung tidak mengetahui apa yang harus dilakukan untuk menangani penyakit suaminya.

Fungsi perawatan kesehatan manakah yang mengalami gangguan pada keluarga kasus di atas?

- A. Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah
- B. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- C. Kemampuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan

- D. Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit
- E. Kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan
76. Perawat mendatangi rumah keluarga, terdapat pasien laki-laki, 66 tahun, tinggal denganistrinya, perempuan, 50 tahun. Pasien terdiagnosa TB Paru, pengobatan baru 1 bulan, terlihat kondisi rumah lembab, lantai tanah kotor banyak sampah, pasien meludah di sembarang tempat, sewaktu batuk tidak menutup mulut. Terlihat anaknya juga batuk sudah 2 hari yang lalu.
Apakah tindakan keperawatan prioritas kasus diatas?
- A. Perawatan lingkungan rumah
 - B. Peningkatan kemampuan komunikasi keluarga
 - C. Pendidikan kesehatan tentang tugas perkembangan keluarga
 - D. Pendidikan kesehatan tentang bahaya TB dan pencegahannya
 - E. Pendidikan kesehatan tentang pentingnya kebersihan lingkungan

77. Anak laki-laki, 9 tahun mengeluh pusing, muntah dan diare seketika setelah membeli makanan di warung sekolah. Hasil pengkajian di keluarga TD: 100/70 mmHg, nadi 66 x/menit, suhu 38,4°C. Keluarga mengatakan semua anaknya gemar jajan cemilan di luar, jarang makan di rumah, anggota keluarga lain juga sering mengalami diare. Perawat berencana mengajak diskusi masalah kesehatan pada keluarga tersebut.

Apakah kriteria hasil yang tepat dari tindakan yang dilakukan perawat?

- A. Frekuensi BAB membaik
- B. Konsistensi feses membaik
- C. Perilaku sesuai anjuran meningkat

- D. Status tingkat pengetahuan meningkat
E. Aktivitas keluarga dalam kesehatan meningkat
78. Perempuan, 51 tahun, mengeluh badan panas dingin, batuk pilek sejak tiga hari yang lalu, nyeri pada sekitar dada, terasa sesak setelah selesai pembakaran batu bata. Dari pengkajian didapatkan TD: 160/100 mm Hg, nadi 78x/menit, suhu 38,5°C, frekuensi napas 25 x/ menit, TB: 150 cm, BB: 60 Kg, nampak penggunaan alat bantu pernapasan, irama irregular. Pasien belum periksa ke puskesmas.
Apakah masalah keperawatan keluarga dari kasus di atas?
A. Defisit nutrisi
B. Intoleransi aktivitas
C. Koping tidak efektif
D. Pola napas tidak efektif
E. Bersihan napas tidak efektif
79. Hasil kunjungan rumah, perempuan, 52 tahun, mengalami kesulitan berjalan, mengeluh kaki terasa kaku dan nyeri pada kedua kaki bila digerakkan. Klien takut untuk bergerak. Klien memiliki riwayat post stroke sebelumnya selama 1 kali. Hasil pengkajian: frekuensi nadi 0 x/menit, TD 150/100 mmHg, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 36,7 °C, nilai Barthel indeks 80 (ketergantungan sebagian).
Apakah rencana tindakan keperawatan yang tepat untuk kasus diatas?
A. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri
B. Pendidikan kesehatan perawatan post stroke
C. Ajarkan ambulasi sederhana pada klien
D. Kolaborasi pemberian obat analgetik
E. Monitor tingkat kemandirian klien
80. Perempuan, 45 tahun, positip terdiagnosa TB Paru setelah diperiksakan ke Puskesmas seminggu yang lalu. Keluarga tinggal di kawasan yang padat penduduk, cenderung kumuh.

Rumah berukuran kecil dihuni bersama 4 orang anaknya, rumah tidak mempunyai genting kaca, ventilasi kurang didalam rumah terasa dingin lembab dan pengap, jendela dan pintu jarang dibuka.

Apakah yang dikaji pada kasus diatas?

- A. Riwayat keluarga inti
- B. Observasi fasilitas rumah
- C. Pemeriksaan fisik keluarga
- D. Karakteristik komunitas RW
- E. Karakteristik rumah keluarga

81. Seorang laki-laki 40 tahun dirawat di ruang ICU mempunyai masalah keperawatan kelebihan volume cairan akibat gagal jantung. Hasil pemeriksaan TD 130/80 mmHg, nadi 90 x/menit, pernapasan 28 x/menit, terdengar suara rhonki, pitting oedem (+3) pada ekstremitas bawah.

Apakah tindakan keperawatan untuk mengurangi oedema pada ekstremitas pasien tersebut?

- A. Memasang bidai pada ekstremitas yang oedem
- B. Memasang bantal di bawah ekstremitas yang oedem
- C. Meletakkan ekstremitas yang oedem lebih rendah dari badan
- D. Memasang elastic bandage pada ekstremitas yang oedem
- E. Meletakkan ekstremitas yang oedem lebih tinggi 30° dari dada

82. Seorang Laki-laki umur 40 tahun dirawat di ruang penyakit dalam mengalami masalah keperawatan kelebihan volume cairan akibat gagal jantung. Pasien dipasang infus dengan cairan PZ 500 cc per 24 jam, menetes dengan kecepatan 20 tetes per menit. Hasil pemeriksaan TD 140/80 mmHg, nadi 100 x/menit, pernapasan 30 x/menit. Produksi urine <400 cc per 24 jam, konsentrasi pekat.

Apakah tindakan mandiri perawat yang paling sesuai untuk mengurangi masalah kelebihan cairan pasien tersebut?

- A. Membatasi cairan masuk sesuai produksi urine
B. Memantau tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan
C. Meminta pasien puasa sampai produksi urine kembali normal
D. Memberikan obat-obat diuretik sampai produksi urine normal
E. Membatasi cairan masuk sesuai produksi urine ditambah 500 cc
83. Seorang perempuan 45 tahun datang ke UGD dengan keluhan nyeri dada kiri mendadak. Hasil pemeriksaan didapatkan nyeri dengan skala 7, TD 120/80 mmHg, nadi 88 x / menit. RR 22 x /menit. Setelah dilakukan pemeriksaan EKG pasien ditemukan ST elevasi dengan diagnosa infark miokard akut.
Bagaimanakah karakteristik radiasi keluhan nyeri dada yang bisa diidentifikasi perawat pada pasien tersebut?
A. Nyeri dada menjalar ke lengan dan bahu kiri
B. Nyeri dada menjalar ke leher dan bahu kiri
C. Nyeri dada menjalar ke leher dan lengan kanan
D. Nyeri dada menjalar ke leher dan lengan kiri
E. Nyeri dada menjalar ke leher dan bahu kanan
84. Seorang perempuan, 25 tahun dirawat di ruang bedah mengalami cidera otak sedang karena kecelakaan lalu lintas. Setelah diperiksa didapatkan nilai GCS E=2, M=3, V=3, pupil anisokor. Saat ini perawat sedang melakukan observasi ketat untuk mengedentifikasi kemungkinan munculnya gejala peningkatan Tekanan Intra Kranial.
Apakah gejala yang harus diidentifikasi secara ketat oleh perawat pada pasien tersebut?
A. Takhipneu
B. Takikardi
C. Muntah proyektil

- D. Tekanan darah menurun
E. Nyeri kepala ringan
85. Seorang laki-laki 25 tahun, korban kecelakaan dirawat pasca operasi trepanasi hari pertama di bangsal bedah. Korban diam tampak tidak sadar, mata terpejam, suara napas ngorok, terdapat luka akibat patah tulang tibia kanan. Sebagai seorang perawat melihat kondisi pasien tersebut, apakah tindakan prioritas yang pertama kali harus dilakukan?
- A. Memasang Bidai
B. Memeriksa GCS
C. Merawat luka
D. Membebaskan jalan napas
E. Posisikan pada posisi recovery
86. Seorang laki-laki umur 50 tahun dirawat di Ruang penyakit dalam dengan diagnosa medis DM. Pasien baru pertama kali masuk rumah sakit. Pasien mengatakan belum pernah mendapat informasi mengenai penyakitnya. Menurut keluarga pasien didapatkan pasien selama di rumah tidak patuh minum obat dan tidak mematuhi diit. Perawat memberikan penyuluhan kesehatan tentang upaya mencegah komplikasi DM yang perlu dilakukan oleh pasien. Apakah kriteria hasil pengetahuan yang harus dievaluasi untuk mencegah komplikasi pada pasien tersebut?
- A. Memahami bahaya luka Ganggren
B. Memahami bahaya Cerebro Vascular Accident
C. Memahami bahaya KAD(ketoacidosis diabetikum)
D. Memahami bahaya Retinopati diabetik
E. Memahami jenis diet dan pentingnya minum obat
87. Seorang laki-laki 50 tahun, dirawat di Ruang interna dengan DM. Pasien mengeluh pusing, pasien tampak lemas, keringat dingin. Hasil pemeriksaan didapatkan TD 140/70 mmHg, nadi

100 x/menit, RR 20 x/menit, dan hasil pemeriksaan gula darah acak 60 mg/dl. Pasien terpasang infus PZ, dan mendapat terapi insulin reguler. Diduga Pasien mengalami hipoglikemi.

Apakah tindakan perawatan yang pertama harus dilakukan untuk pasien tersebut?

- A. Kolaborasi Injeksi glukagon SC 1 mg
- B. Memberikan glukosa oral 10-20 gr
- C. Memberikan injeksi insulin SC 4 iu
- D. Memberikan sari buah
- E. Memberikan permen

88. Seorang perempuan 50 tahun dirawat di ruang interna dengan keluhan sesak napas. Hasil pemeriksaan tekanan darah 130/80 mmHg, suhu 36°C pernapasan 24x/mnt, nadi 100 x/mnt. Saturasi oksigen ($Sp\ O_2$) menunjukkan 90 mmHg. Klien tampak pucat dan merasa lemah.

Apakah metode pemberian oksigen yang sesuai untuk pasien tersebut?

- A. Sungkup
- B. Nasal canule
- C. Masker rebreathing
- D. Masker sederhana
- E. Venturi mask

89. Seorang laki-laki 35 tahun dirawat di ruang saraf dengan diagnosa medis radang selaput meningeal. Pada saat pengkajian, perawat melakukan pemeriksaan fisik dengan protap mengfleksikan lehernya dengan respon pasien adanya gerakan dari bokong, sendi lutut mendekati perut (fleksi sendi panggul, lutut dan tumit).

Apakah nama metode pemeriksaan khas yang dilakukan pada pasien tersebut?

- A. Krenig sign
- B. Bruzinski's sign

- C. Homan's sign
- D. Babinski's sign
- E. Rinne sign

90. Seorang laki-laki 20 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan diare .Dari analisa hasil pemeriksaan, pasien mengalami defisit volume cairan dan mendapatkan terapi cairan 500 cc dalam 1 jam pertama. Infus set yang digunakan mempunyai factor tetesan makro 15 tts/menit.

Berapakah kecepatan tetesan permenit untuk resusitasi cairan pada pasien tersebut?

- A. 60 tts/mnt
- B. 100 tts/mnt
- C. 110 tts/ mnt
- D. 120 tts/mnt
- E. 125 tts/mnt

91. Seorang perempuan (28 tahun) dengan HNP (Hernia Nukleus Pulpous) dirawat di Rumah sakit C. Sebelumnya pasien terjatuh di kamar mandi 4 bulan yang lalu. Hasil pengkajian: pasien mengeluh nyeri pada punggung bawah sejak 2 bulan yang lalu. Nyeri datang tiba-tiba, terasa seperti tertusuk-tusuk, semakin berat ketika mencoba duduk. Skala nyeri yang dirasakan 8. Wajah tampak meringis, gelisah, palpitas, dan pasien mengatakan sulit untuk tidur.

Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus?

- A. Ansietas
- B. Nyeri akut
- C. Nyeri kronis
- D. Gangguan pola tidur
- E. Gangguan mobilitas fisik

92. Seorang perempuan (52 tahun) dengan Emfisema Paru dirawat di Rumah Sakit A. Keluarga melaporkan pada perawat bahwa pasien mengeluh sesak napas. Hasil

pengkajian: adanya retraksi dinding dada interkosta, bibir pucat, pada kedua basal lobus paru, tekanan darah 130/80 mmHg, frekuensi nadi 114x/menit, frekuensi napas 30x/menit. Hasil pemeriksaan Analisa Gas Darah didapatkan: pH 6,35, PCO₂ 52 mmHg, PO₂ 70 mmHg, HC0₃ 26 mmHg.

Apakah masalah keperawatan utama yang tepat?

- A. Pola napas tidak efektif
- B. Penurunan curah jantung
- C. Gangguan pertukaran gas
- D. Gangguan sirkulasi spontan
- E. Gangguan ventilasi spontan

93. Seorang laki-laki (36 tahun) dengan Efusi pleura dirawat inap di RS. Pasien mengeluh sesak napas dan nyeri pada dada. Hasil pengkajian: adanya penggunaan otot bantu pernapasan, vocal fremitus menurun, perkusi redup, auskultasi terdengar *pleural friction rub*. Hasil rontgen: didapatkan adanya Hemotorax pada basal lobus dekstra. Dokter akan melakukan Fungsi thorakosintesis. Perawat saat ini mengatur posisi pasien.

Apakah posisi yang tepat pada kasus di atas?

- A. Supinasi
- B. Orthopneic
- C. Low Fowler
- D. High Fowler
- E. Semi Fowler

94. Seorang laki-laki (35 tahun) datang ke IGD Rumah Sakit dengan Luka Bakar mengenai wajah sampai ke abdomen. Pasien mengalami penurunan kesadaran, suara napas stridor, takipnea, tekanan darah 85/70 mmHg, frekuensi nadi 120x/menit teraba lemah, suhu 38°C, frekuensi napas 30x/menit.

Apakah tindakan yang tepat untuk membebaskan jalan napas pasien?

- A. Memasang Endotracheal Tube
- B. Melakukan maneuver Jaw Thrust
- C. Memasang Oropharyngeal Airway
- D. Memasang Nasopharyngeal Airway
- E. Melakukan maneuver Head Tilt Chin Lift

95. Seorang laki-laki berusia 40 tahun dirawat di ruang penyakit dalam Rumah Sakit R dengan keluhan anoreksia, mual, muntah, gangguan Liver dan nyeri pada abdomen kanan atas. Hasil pengkajian didapatkan klien tampak lemah, ikterik, TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 37,3°C.

Apakah pemeriksaan penunjang yang tepat untuk menegakkan diagnosa penyakit pada kasus di atas?

- A. Pemeriksaan FEV dan FVC
- B. Pemeriksaan LDL dan HDL
- C. Pemeriksaan SGOT dan SGPT
- D. Pemeriksaan BUN dan kreatininin
- E. Pemeriksaan protein dan albumin

96. Seorang laki-laki berusia 40 tahun dirawat di ruang penyakit dalam Rumah Sakit K dengan bengkak diseluruh tubuh. Hasil pengkajian didapatkan edema anasarca, TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 37,0°C. Pemeriksaan laboratorium didapatkan proteinuria: 4,0 g/hr, hipoalbuminemia: 2,7 g/dl.

Apakah tindakan kolaborasi yang dilakukan oleh seorang perawat pada kasus tersebut?

- A. Memberikan Diuretik
- B. Memberikan Analgetik
- C. Memberikan Antibiotik
- D. Memberikan Antipiretik
- E. Memberikan Bronkodilator

97. Seorang perempuan (25 tahun) dirawat di ruang ICU RSUD P, saat pemeriksaan didapati gejala Syok Hipovolemik. Hasil pengkajian pasien tampak lemah. Tekanan darah 90/60 mmHg, frekuensi nadi 120x/menit, dan output urin 25 ml/jam. Pasien sudah mendapatkan terapi cairan Ringer Laktat.

Apakah kriteria hasil yang diharapkan pada pasien ini?

- A. CRT < 3 detik
- B. Frekuensi nadi stabil
- C. Mampu beraktivitas mandiri
- D. Tidak ada tanda-tanda syok berulang
- E. Tekanan darah meningkat dan dalam batas normal

98. Seorang laki-laki berusia 49 tahun dirawat di bangsal penyakit Rumah Sakit M dalam dengan post orif. Hasil pengkajian, pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan, nyeri bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul. TD 125/85 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36°C.

Apakah pengkajian utama yang perlu dilengkapi pada kasus tersebut?

- A. Kaji skala nyeri
- B. Kaji lokasi nyeri
- C. Kaji riwayat nyeri
- D. Kaji frekuensi nyeri
- E. Kaji faktor pencetus nyeri

99. Seorang laki-laki berusia 27 tahun dibawa ke UGD RSUD Sumbar karena kecelakaan lalu lintas. Pasien melakukan gerakan menarik anggota badan bila diberi rangsangan nyeri, suara tidak jelas, dan tidak dapat membuka mata saat diberi rangsang nyeri.

Berapakah nilai GCS pada pasien diatas?

- A. 6
- B. 7
- C. 8
- D. 9
- E. 2

100. Seorang laki-laki usia 37 bulan dibawa ke puskesmas X untuk pemeriksaan gula darah rutin pasien. Berdasarkan hasil pemeriksaan gula darah pasien tinggi yaitu 320 mg/dL. Sejak 3 tahun yang lalu pasien di diagnosa Diabetes Mellitus. Perawat melakukan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang manajemen diet pasien DM, akan tetapi pasien menolak untuk mengurangi kopi dan berhenti merokok. Apakah prinsip etik yang menjadi perhatian pada kasus tersebut?

- A. *Fidelity*
- B. *Veracity*
- C. *Otonomi*
- D. *Beneficence*
- E. *Confidentiality*

101. Laki-laki 35 tahun, dibawa ke Rumah Sakit karena mengalami luka bakar, akibat ledakan kompor gas 5 jam yang lalu. Luas luka bakar mengenai seluruh kepala sampai leher, sekeliling dada dan abdomen depan, dan seluruh ekstremitas atas. TD 100/70 mmHg, ND 90 x/menit, Suhu 37,8°C, RR 22 x/menit. Berapa jumlah persentase luka bakar pada pasien tersebut?

- A. 27%
- B. 45%
- C. 54%
- D. 63%
- E. 81%

102. Wanita 50 tahun, dibawa ke Rumah Sakit karena mengalami luka bakar. Hasil pengkajian luas derajat luka bakar 50% dan berat badan pasien 60 kg. TD 120/80 mmHg, Nadi 90 x/menit, RR 22 x/menit, dan Suhu 37,8°C.
Berapa total kebutuhan cairan pada pasien luka bakar tersebut?
- A. 6.000 cc
 - B. 12.000 cc
 - C. 9.000 cc
 - D. 14.000 cc
 - E. 16.000 cc
103. Laki-laki 68 tahun, dibawa ke rumah sakit dengan keluhan sesak napas. Sesak bertambah saat klien berjalan. Klien di diagnose gagal jantung. Edema (+). TD 70/50 mmHg, Nadi 60x/menit, RR: 30 x/menit dan S: 37,0°C. GDS: 202 g/dl. Hasil EKG tampak LVH.
Masalah keperawatan yang utama pada pasien tersebut adalah?
- A. Intoleransi aktivitas
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Kelebihan volume cairan
 - D. Penurunan curah jantung
 - E. Gangguan Pertukaran Gas
104. Laki-laki 68 tahun, dibawa ke rumah sakit dengan keluhan sesak napas. Sesak bertambah saat klien berjalan. Klien di diagnose gagal jantung. Edema (+). TD 60/50 mmHg, ND 60x/menit, RR: 30 x/menit dan S: 37,0°C. Hasil pemeriksaan EKG tampak LVH. Nilai pemeriksaan AGD: pH 7,30, PCO₂ 60 mmHg.
Apa masalah keperawatan yang utama pada pasien tersebut?
- A. Intoleransi aktivitas
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Kelebihan volume cairan

- D. Penurunan curah jantung
- E. Gangguan pertukaran gas

105. Laki-laki 56 tahun, dibawa ke Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit dengan keluhan sakit kepala. Klien mengatakan mata berkunang-kunang, berat di tekuk dan susah tidur. Klien merokok dan sudah mengurangi makanan yang asin. Klien rutin melakukan olahraga. Hasil pemeriksaan TD: 160/100 mmHg. Klien sudah 2 tahun didiagnosa mengalami hipertensi.

Apakah intervensi keperawatan yang tepat diberikan pada klien?

- A. Anjurkan olahraga
- B. Hentikan merokok
- C. Diet rendah natrium
- D. Turunkan berat badan
- E. Berikan obat hipertensi

106. Laki-laki 56 tahun, dirawat inap di RS dengan keluhan lemas. Hasil pengkajian pasien mengeluhkan sering BAK pada malam hari, sering merasa haus dan lapar, lemas, turgor kulit jelek dan kulit kering. TD 90/60 mmHg, Nadi 100x/menit, RR 24x/ menit.

Apakah masalah keperawatan utama pada kasus diatas?

- A. Intoleransi aktivitas
- B. Defisit volume cairan
- C. Ketidakseimbangan nutrisi
- D. Gangguan istirahat dan tidur
- E. Gangguan pola eliminasi; BAK

107. Laki-laki 60 tahun, dirawat inap di RS karena mengeluh lemas. Hasil pengkajian klien tidak mau makan, tampak gemetar, keluar keringat dingin, dan pucat serta gelisah, riwayat Diabetes Mellitus sejak 8 tahun yang lalu. GDS 60 mg/Dl

Apakah intervensi segera pada kasus diatas?

- A. Anjurkan bedrest
B. Menganjurkan makan nasi
C. Memberikan minuman manis
D. Memantau tanda hipoglikemia
E. Kolaborasikan pemberian cairan
108. Perempuan 59 tahun, dirawat inap di Ruang Stroke dengan keluhan penurunan kesadaran. Hasil pengkajian GCS 9, TD; 190/100 mmHg, Nadi 100x/mnt, RR: 30 x/menit. Hasil CT scan: gambaran hiperden pada daerah frontotemporal kanan.
Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus diatas?
A. Resiko cedera
B. Pola napas tidak efektif
C. Gangguan mobilitas fisik
D. Bersihkan jalan napas tidak efektif
E. Perfusi jaringan serebral tidak efektif
109. Perempuan 35 tahun, dirawat inap karena kejang. Pasien memiliki riwayat kejang 1 minggu yang lalu. Hasil pengkajian pasien terlihat kaku seluruh tubuh selama 1 menit. Wajah menoleh ke kiri, mulut mencong ke kiri, tampak keluar cairan dari mulut, dan mata mendelik keatas.
Apakah tindakan keperawatan yang tepat dilakukan pada kasus diatas?
A. Pasang oksigen
B. Miringkan pasien
C. Pasang tang spatel
D. Berikan posisi terlentang
E. Observasi tanda-tanda vital
110. Laki-laki 65 tahun, dirawat inap dengan keluhan mengalami kelumpuhan anggota gerak kiri. Klien mengalami serangan stroke kedua sejak 8 hari yang lalu. Bicara pelo, tampak

kemerahan pada bagian punggung yang tertekan. TD: 189/120 mmH. Nadi 98 x/menit.

Apakah intervensi utama pada kasus diatas?

- A. Latih pasien berbicara
- B. Pantau Tekanan darah pasien
- C. Miring kanan dan kiri tiap 2 jam
- D. Kolaborasi pemberian obat hipertensi
- E. Berikan penjelasan tentang Hipertensi

111. Seorang pasien wanita, 49 tahun, datang ke RS dengan keluhan sesak napas semakin berat terutama saat berbaring dan disertai batuk kering yang tidak kunjung reda selama dua minggu. Pasien telah didiagnosis medis TBC. Saat dilakukan pemeriksaan oleh perawat ditemukan hasil pemeriksaan fisik yang menunjukkan adanya suara napas yang melemah pada bagian bawah paru-paru sebelah kanan, TD: 130/80 mmHg, Frekuensi nadi 111 x/menit, Frekuensi pernapasan 29 x/menit dan suhu badan 36°C. Saat ini perawat akan melakukan pengkajian lanjutan untuk memastikan adanya Efusi Pleura dan menentukan tindakan yang diperlukan.

Apakah pemeriksaan tambahan yang paling tepat untuk dilakukan oleh perawat pada kasus tersebut?

- A. Pengkajian frekuensi dan faktor yang memperberat batuk
- B. Pemeriksaan fungsi paru untuk menilai kapasitas vital
- C. Pemeriksaan sputum untuk mengidentifikasi infeksi
- D. Inspeksi kesimetrisan ekspansi dinding dada
- E. Pengkajian hemoptoe

112. Seorang perempuan, berusia 60 tahun, tiba di Rumah Sakit rujukan dari Faskes Puskesmas terdekat dengan diagnose medis Infark Miokard Akut dan diagnose keperawatan penurunan curah jantung. Saat dilakukan anamnesa awal pasien nampak cemas dan takut. Hasil pemeriksaan TD: 140/90 mmHg, Nadi 120 x/menit, Respirasi pernapasan

24x/menit. Pasien telah mendapatkan tindakan perawatan dari perawat ruangan yakni bed rest, memberikan oksigen untuk mempertahankan SPO $>94\%$, terapi relaksasi dan kolaborasi pemberian obat jantung dan untuk saat ini perawat akan melakukan evaluasi keperawatan.

Apakah kriteria hasil yang tepat berdasarkan tindakan yang telah dilakukan perawat pada kasus tersebut?

- A. Oksigen adekuat
- B. Cemas berkurang dan rileks
- C. Tekanan vena jugularis meningkat
- D. Waktu pengisian kapiler membaik
- E. Toleransi terhadap aktivitas meningkat

113. Seorang pasien laki-laki, usia 65 tahun, datang ke rumah sakit dengan keluhan tidak bisa makan selama tiga hari terakhir karena kesulitan menelan (disfagia). Pasien memiliki riwayat stroke 6 bulan yang lalu, yang menyebabkan kelemahan pada sisi kanan tubuhnya. Pemeriksaan fisik menunjukkan adanya tanda-tanda dehidrasi. Dokter memutuskan untuk memasang NGT dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pasien. Perawat telah menyiapkan peralatan dan memulai pemasangan NGT, saat ini perawat sudah memasukkan selang NGT melalui hidung pasien sampai pada batas yang telah ditentukan.

Apakah tindakan selanjutnya yang tepat untuk dilakukan perawat pada kasus tersebut?

- A. Fiksasi selang NGT dengan plaster
- B. Memasang spuit/corong pada pangkal
- C. Mengajurkan pasien menelan secara perlahan
- D. Periksa kebenaran masuknya selang di area lambung
- E. Menutup pangkal sonde untuk mencegah tertariknya cairan lambung keluar.

114. Seorang pasien perempuan, usia 30 tahun, memasuki hari ketiga perawatan di ruang perawatan penyakit dalam. Pasien saat ini mendapatkan diet makanan cair melalui NGT. Perawat akan bertugas memberikan makan sebanyak 600 cc. Saat ini perawat telah membantu pasien mengatur posisi semi fowler dan telah memasang pengalas di dada pasien. Apakah tindakan selanjutnya yang tepat untuk dilakukan perawat pada kasus tersebut?

- A. Melakukan cek residu sebelum memberikan makan
- B. Membilas selang NGT dengan air sebelum memasukkan makanan diet cair.
- C. Memasukkan makanan diet cair dengan menggunakan sputit secara perlahan
- D. Mengajurkan pasien berdoa terlebih dahulu sebelum memasukkan makanan
- E. Memastikan kembali apakah selang masih diposisi yang tepat yakni di area lambung

115. Seorang Perempuan, usia 40 tahun, menerima perawatan di ruang bedah dan telah memasuki hari ke dua perawatan. Pasien mengeluh nyeri pada bagian ekstermitas sinistra post operasi. Skala nyeri 4 saat melakukan bed rest dan 6 saat melakukan aktivitas ringan. Pada saat perawat melakukan perawatan luka operasi tampak berwarna coklat pada bagian bawah. Setelah verban dibuka, terlihat luka post operasi dengan warna pada area luka berwarna kemerahan serta terdapat fraktur radius 1/3 distal.

Apakah diagnosa keperawatan prioritas pada kasus tersebut?

- A. Nyeri Akut
- B. Resiko Infeksi
- C. Gangguan mobilitas fisik
- D. Kerusakan integritas kulit
- E. Perfusi jaringan perifer tidak adekuat

116. Seorang perempuan, usia 45 tahun, dirawat di ruang perawatan infeksius dengan keluhan batuk lebih dari tiga minggu. Pasien sering mengeluh adanya keringat pada malam hari, demam hingga lemas dan tidak nafsu makan hal ini nampak dari porsi makan yang tak pernah dihabiskan oleh pasien, saat dilakukan pemeriksaan diketahui tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi 112 x/ menit, respirasi: 18x/ menit, suhu badan: 40°C.

Apakah diagnosa keperawatan prioritas pada kasus tersebut?

- A. Hypertermi
- B. Defisit nutrisi
- C. Gangguan pola tidur
- D. Gangguan rasa nyaman
- E. Bersihkan jalan napas tidak efektif

117. Seorang perempuan, 36 tahun, dengan diagnosis medis kanker payudara saat ini dirawat di ruang bedah dan akan dijadwalkan untuk operasi. Hasil pengkajian: pasien nampak cemas, takut berbicara, dan pasien beberapa kali mengeluhkan nyeri pada bagian payudara dengan skala nyeri 6. Diketahui TD 120/80 mmHg, Suhu 37°C, Nadi 97x/Menit, Respirasi 18x/ menit. Saat ini perawat akan mendemonstrasikan teknik relaksasi untuk membantu mengatasi cemas dan nyeri yang dirasakan pasien.

Apakah tindakan yang tepat dilakukan selanjutnya pada kasus tersebut?

- A. Memberikan oksigen
- B. Menjelaskan manfaat dari terapi relaksasi
- C. Sebelum memulai monitor tanda-tanda vital pasien
- D. Meminta pasien mengulang teknik relaksasi secara berkala
- E. Membantu pasien berbicara untuk mengetahui hal yang membuat pasien cemas

118. Seorang pasien Laki-laki, usia 60 tahun, dirawat di ruang perawatan dengan diagnosis medis Gagal jantung kogestif (CHF), pasien mengeluhkan sesak napas yang semakin memberat terutama pada malam hari saat tidur. Hasil pemeriksaan menunjukkan, tekanan darah: 160/90 mmHg, nadi: 110x/menit, frekuensi pernapasan: 28x/menit, SpO₂: 88% dengan terpasang Oksigen 2L/Menit dan terdapat edema pada tungkai (+2).

Apakah tindakan keperawatan utama untuk masalah utama pasien pada kasus tersebut?

- A. Terapi oksigen
- B. Batasi intake cairan
- C. Memberikan posisi semi fowler
- D. Membantu perawatan diri pasien
- E. Kolaborasi untuk pemberian diuretik

119. Seorang Laki-laki, 55 tahun, dirawat di ruang perawatan sejak dua hari yang lalu. Pasien masih sering mengeluh batuk berdarah. Pada hasil pengkajian diketahui: pasien memiliki riwayat batuk selama satu bulan dan sering berkeringat dingin pada malam hari, demam setiap malam, pasien mengatakan nafsu makannya menurun hal ini dibetulkan oleh istri pasien yang mengatakan porsi makanan yang tidak pernah dihabisi oleh pasien. Diketahui Berat badan pasien saat sebelum sakit 53 kg dan saat ini berat badan pasien 49 kg, TD: 120/80 mmHg, Nadi: 95X/Menit, Respirasi: 29X/menit. Saat ini perawat dan dokter ingin mengetahui lebih lanjut permasalahan pasien.

Apakah data yang perlu dikaji lebih lanjut untuk mengetahui masalah pada pasien tersebut?

- A. Pemeriksaan EKG
- B. Pemeriksaan Urine
- C. Pemeriksaan Sputum BTA
- D. Pemeriksaan sputum Kultur
- E. Pemeriksaan darah lengkap

120. Seorang laki-laki usia 58 tahun, datang ke IGD dengan keluhan nyeri dada yang menjalar ke lengan kiri sejak 2 jam lalu. Pasien tampak lemah, berkeringat dingin. Hasil pengkajian: Tekanan darah 145/100 mmHg, frekuensi nadi 100 kali/menit, frekuensi napas 28 kali/menit, Saturasi Oksigen 92%. Hasil EKG elevasi segmen ST disadapan inferior.
- Apakah diagnosa yang paling mungkin pada pasien tersebut?
- A. Penyakit Jantung bawaan (PJB)
 - B. Angina Pectoris stabil (Stable Angina)
 - C. Angina Pectoris tidak stabil (Unstable Angina)
 - D. ST Elevation Miocardial Infarction (STEMI)
 - E. Non ST Elevation Miocardial Infarction (NSTEMI)
121. Seorang perempuan usia 45 tahun, dibawa ke IGD dengan keluhan sesak napas berat. Pasien tampak cemas, terdapat penggunaan otot bantu napas. Hasil pengkajian: Tekanan darah 159/100 mmHg, frekuensi napas 30 kali/menit, frekuensi nadi 100 kali/menit, saturasi oksigen 88%, wheezing (+) pada auskultasi.
- Apakah tindakan prioritas yang harus dilakukan pada pasien tersebut?
- A. Mengkaji suara napas tambahan
 - B. Memberikan cairan infus Ringer Lactat
 - C. Melakukan pemasangan endotracheal tube
 - D. Memberikan terapi nebulisasi dengan bronchodilator
 - E. Memberikan oksigen 2 liter/menit dengan nasal kanula
122. Seorang perempuan usia 67 tahun dibawa ke IGD post trauma kepala karena kecelakaan lalulintas. Pasien mengalami muntah-muntah dan kehilangan kesadaran sesaat. Hasil Pengkajian: Tekanan darah 140/100 mmHg, frekuensi napas 20 kali/menit, frekuensi nadi 88 kali/menit., GCS 14 (E4, V4, M6).

Apakah prioritas tindakan yang dilakukan pada pasien tersebut?

- A. Memasang infus
- B. Memberikan oksigen
- C. Melakukan CT Scan kepala
- D. Memantau tekanan intracranial
- E. Memastikan jalan napas terbuka

123. Seorang laki-laki usia 39 tahun, dibawa ke IGD karena luka bakar. Hasil pengkajian: terdapat luka bakar derajat II pada 30% tubuh yaitu pada kedua tungkai bawah, tangan dan sebagian punggung, pasien tampak kesakitan, Tekanan darah 90/60 mmHg, frekuensi nadi 100 kali/menit, frekuensi napas 28 kali/menit.

Apakah prioritas tindakan keperawatan pada kasus tersebut?

- A. Menjaga kehangatan tubuh pasien
- B. Memulai resusitasi cairan
- C. Memberikan analgesic
- D. Memeriksa vital sign
- E. Membersihkan luka

124. Seorang perempuan usia 46 tahun, dibawa ke IGD dengan keluhan nyeri dada yang hebat, sesak napas dan keringat dingin. Hasil pengkajian: Tekanan darah 100/80 mmHg, frekuensi nadi 110 kali/menit, frekuensi napas 28 kali/menit, Saturasi oksigen 87% dan skala nyeri 6, Hasil EKG menunjukkan adanya ST segmen pada lead II, III, AvF.

Berdasarkan sistem triase, kategori manakah yang paling sesuai untuk pasien tersebut?

- A. Merah
- B. Kuning
- C. Hijau
- D. Hitam
- E. Ungu

125. Seorang laki-laki usia 70 tahun, dirawat di ruang ICU setelah menjalani operasi laparotomi. Pada hari kedua perawatan, pasien mengalami peningkatan frekuensi napas menjadi 32 kali/menit, tekanan darah 80/60 mmHg, dan saturasi oksigen 80% meskipun sudah diberikan oksigen 10 L/menit melalui non-rebreathing mask. Hasil analisa gas darah menunjukkan pH 7,28, PaCO₂ 55 mmHg, dan PaO₂ 60 mmHg.
- Apakah tindakan selanjutnya yang dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Meningkatkan aliran oksigen
 - B. Memberikan antibiotic spektrum luas
 - C. Melakukan intubasi dan ventilasi mekanik
 - D. Memberikan cairan kristaloid secara cepat
 - E. Mengurangi beban jantung dengan inotropic
126. Seorang perempuan usia 25 tahun datang ke IGD dengan perdarahan postpartum. Pasien tampak lemah dan kesadaran menurun, ekstremitas terasa dingin. Hasil pengkajian: Tekanan darah 85/60 mmHg, frekuensi nadi 135 kali/menit, frekuensi napas 28 kali/menit, Suhu badan 36,3°C dan saturasi oksigen 93%.
- Apakah tindakan keperawatan utama yang dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Kaji tanda-tanda perdarahan
 - B. Berikan transfusi darah segera
 - C. Lakukan pengukuran kadar hemoglobin
 - D. Evaluasi tanda-tanda vital setiap 15 menit
 - E. Pemasangan infus 2 jalur dengan cairan kristaloid
127. Seorang Laki-laki usia 36 tahun, diantar ke IGD oleh keluarganya karena jatuh di depan rumah. Hasil Pengkajian: Tekanan darah 180/100 mmHg, frekuensi nadi 100 kali/menit, frekuensi napas 24 kali/menit, saturasi oksigen 90%, kesadaran menurun, GCS 10. Perawat telah memasang oksigen 2 liter/menit, saat ini perawat akan melakukan

pemasangan infus, dan telah menusukkan IV Chateter ke vena pasien.

Apakah tindakan selanjutnya yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?

- A. Membuka torniquet
- B. Memasang cairan dan set infus
- C. Mengalirkan cairan infus perlahan-lahan
- D. Menghubungkan IV Chateter dengan selang infus
- E. Memastikan IV Chateter masuk vena dengan menarik jarum

128. Seorang laki-laki usia 60 tahun, dirawat di ICU dengan syok septik. Setelah pemberian cairan RL 30 mL/kg BB, tekanan darah pasien tetap rendah (MAP 60 mmHg), dan pemeriksaan laboratorium menunjukkan laktat 4 mmol/L.

Apakah intervensi tambahan yang paling sesuai pada kasus tersebut?

- A. Memberikan kortikosteroid dosis tinggi
- B. Memantau saturasi oksigen setiap 1 jam
- C. Melanjutkan pemberian cairan kristaloid
- D. Memulai terapi vasopressor seperti norepinefrin
- E. Mengurangi pemberian cairan dan meningkatkan nutrisi

129. Seorang laki-laki usia 54 tahun dirawat di ICCU dengan STEMI, saat ini pasien mengeluh nyeri dada yang hebat dan tiba-tiba pasien mengalami henti jantung. Perawat akan memberikan tindakan CPR. Namun keluarga menolak dengan mengatakan pasien ingin meninggal dengan tenang. Apakah dilema etik yang dihadapi perawat?

- A. *Fidelity* dan *Otonomi*
- B. *Beneficence* dan *Justice*
- C. *Otonomi* dan *Beneficence*
- D. *Justice* dan *Non maleficence*
- E. *Non maleficence* dan *fidelity*

130. Seorang laki-laki, 30 tahun, masuk IGD karena serangan asma berat. Hasil pengkajian: terdengar wheezing parah, sulit bernapas walaupun sudah menggunakan inhaler sebelumnya, TD 130/80 mmHg, nadi 85 x/mnt, pernapasan 12 x/mnt, suhu 38°C.

Apa tindakan keperawatan prioritas pada kasus tersebut?

- A. Memberikan bronkodilator nebulisasi segera
- B. Memberikan oksigen tambahan melalui nasal cannula
- C. Melaporkan kepada dokter tentang keadaan darurat ini
- D. Mendorong pasien untuk tenang dan bernapas perlahan
- E. Memastikan pasien duduk tegak untuk bernapas lebih baik

131. Seorang perempuan (30 tahun) sedang hamil 8 bulan datang ke IGD dengan perdarahan. Hasil pengkajian: TD 130/80 mmHg, nadi 85 x/mnt, pernapasan 12 x/mnt, suhu 38°C.

Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Memberikan cairan intravena
- B. Menyuruh pasien untuk tidak khawatir
- C. Mengizinkan pasien pulang setelah observasi
- D. Melakukan pemeriksaan ultrasonografi segera
- E. Memastikan pasien berbaring dengan posisi miring kiri

132. Seorang laki-laki (50 tahun) datang ke IGD dengan keluhan nyeri dada hebat. Hasil pengkajian, pasien mengeluh nyeri dada seperti tertusuk-tusuk, memiliki riwayat hipertensi, tampak sesak napas, TD 90/60 mmHg, nadi 120 bpm, pernapasan 40 x/mnt, suhu 38°C.

Apa tindakan keperawatan prioritas pada kasus tersebut?

- A. Memberikan oksigen melalui masker
- B. Menghubungi dokter untuk konsultasi
- C. Melakukan perekaman EKG mungkin
- D. Memastikan akses intravena kanan dan kiri
- E. Memberikan analgesik dan bronkhodilator sesuai resep

133. Seorang laki-laki (60 tahun) di rawat di ruang interna karena serangan jantung ringan. Hasil pengkajian: memiliki riwayat hipertensi, kontrol tidak teratur, jarang minum obat, TD 140/80 mmHg, nadi 85 x/mnt, pernapasan 20 x/mnt, suhu 38°C.

Apa edukasi yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Mendorong diet tinggi garam
- B. Memastikan kontrol tekanan darah yang baik
- C. Memastikan tidak ada penyakit penyerta
- D. Mengabaikan riwayat kesehatan sebelumnya
- E. Menyarankan penggunaan suplemen vitamin tinggi

134. Seorang laki-laki (35 tahun), datang ke UGD dengan luka tusuk di dada. Hasil pengkajian: pasien sulit bernapas, tampak cemas, pucat, akral dingin, tampak darah masih keluar dari area luka, TD 130/80 mmHg, nadi 85 x/mnt, pernapasan 20 x/mnt, suhu 38°C.

Apa tindakan keperawatan prioritas pada kasus tersebut?

- A. Melakukan resusitasi jantung paru (RJP)
- B. Menghentikan perdarahan dengan tekanan langsung
- C. Memastikan posisi pasien nyaman
- D. Melakukan pemeriksaan fisik lengkap
- E. Melaporkan hasil pengkajian ke dokter

135. Seorang laki-laki (16 tahun) datang ke Ugd dengan luka terbuka pada kaki kanan akibat kecelakaan. Hasil pengkajian: tampak kesakitan, terlihat fraktur terbuka pada lengan kiri, ada darah yang masih mengalir dari luka, TD 120/80 mmHg, nadi 85 x/mnt, pernapasan 20 x/mnt, suhu 38°C.

Apa tindakan keperawatan prioritas pada kasus tersebut?

- A. Membersihkan luka dengan antiseptik
- B. Menstabilkan fraktur dengan splint
- C. Memastikan akses intravena untuk cairan
- D. Menghentikan perdarahan dengan tekanan langsung
- E. Melaporkan hasil pengkajian ke dokter

136. Seorang laki-laki (50 tahun) di rawat di ruang bedah pasca pembedahan thoraks. Hasil pengkajian: tampak sulit bernapas, saturasi oksigen 88%, TD 130/80 mmHg, nadi 90 x/mnt, pernapasan 20 x/mnt, suhu 37°C.
Apa tindakan keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- A. Memberikan oksigen nasal kanul sesuai kebutuhan
 - B. Mengajarkan pasien batuk efektif
 - C. Melaporkan dan menunggu instruksi dokter
 - D. Mengatur posisi semifowler
 - E. Memberikan kompres hangat di dada
137. Seorang perempuan, 60 tahun, masuk IGD dan mengalami serangan stroke. Keluarga mengatakan pasien tidak sadar setelah terjatuh dari kamar mandi. Hasil pemeriksaan fisik pasien menunjukkan penurunan kesadaran, frekuensi napas 10x/ menit, SpO₂ 80%, nadi 56x/m, tekanan darah 200/170 mmHg, dan terdengar snoring, GCS 3-3-4.
Apakah prosedur yang dapat dilakukan perawat untuk mempertahankan jalan napas pasien tersebut?
- A. Melakukan suction.
 - B. Melakukan manuver Heimlich.
 - C. Melakukan manuver jaw thrust
 - D. Memasang Alat Oropharyngeal Airway
 - E. Memasang Alat Nasopharyngeal Airway
138. Seorang perempuan (45 tahun) di rawat di ruang interna dengan diagnosis Diabetes Melitus tipe 2. Hasil pengkajian: post operasi abses abdomen hari ke 2, TD 130/80 mmHg, nadi 95 x/mnt, pernapasan 28 x/mnt, suhu 38°C.
Apa intervensi keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- A. Memberikan kompres hangat
 - B. Mengizinkan makanan tinggi kalori
 - C. Memantau tanda-tanda vital secara berkala
 - D. Memberikan obat analgesik untuk mengurangi nyeri
 - E. Menganjurkan pasien untuk segera latihan aktivitas berjalan

139. Seorang perempuan (65 tahun) datang ke UGD keluhan lemas dan pusing akibat jatuh di rumah. Hasil pengkajian: sudah beberapa hari sulit tidur dan tidak nafsu makan, intake makanan 2-3 sendok, mual, TD 90/50 mmHg, nadi 95 x/mnt, pernapasan 28 x/mnt, suhu 36°C, akral dingin.
Apa tindakan prioritas pada kasus tersebut?
- A. Memberikan cairan intravena melalui infus
 - B. Melakukan pemeriksaan neurologis lengkap
 - C. Mengambil riwayat medis secara mendetail
 - D. Memastikan pasien berbaring dalam posisi nyaman
 - E. Memberikan kompres hangat
140. Seorang perawat Puskesmas melakukan kunjungan rumah pada ibu hamil 24 tahun G1P0A0, hamil 24 minggu dengan anemia, yang mengeluh orang tua yang tinggal bersama di rumah masih menganut budaya pantangan makan pada ibu hamil, sehingga melarang konsumsi berbagai jenis makanan. Perawat memberikan pendidikan kesehatan pada ibu hamil dan keluarga tentang nutrisi ibu hamil.
Apakah bentuk pendekatan pelayanan keperawatan maternitas yang digunakan oleh perawat tersebut?
- A. Holistik atau menyeluruh
 - B. Peningkatan kemampuan klien
 - C. Peningkatan sumber daya
 - D. Pelayanan berpusat pada keluarga
 - E. Penghargaan kepada klien
141. Seorang perempuan 26 tahun G2P1A0 usia kehamilan 36 minggu datang ke klinik kandungan, dengan kondisi sehat. Ibu mengatakan sejak awal hamil selalu berupaya menerapkan gaya hidup sehat dan rutin mengikuti kelas ibu hamil. Ibu mengatakan yakin mampu bersalin normal.
Apakah diagnosa keperawatan yang tepat pada ibu hamil tersebut?

- A. Peningkatan kesehatan
- B. Kesiapan kehamilan
- C. Kesiapan coping keluarga
- D. Kesiapan persalinan
- E. Kesiapan peran orang tua

142. Seorang ibu hamil 35 tahun, usia kehamilan 36 minggu, G3P2A0, datang ke klinik dengan keluhan bengkak pada kedua kaki sejak tiga hari terakhir. Hasil anamnesa perawat menunjukkan adanya keluhan sakit kepala dan kelelahan. Hasil pemeriksaan diketahui tekanan darah 155/90 mmHg, proteinuria (++), dan teraba edema pada kedua tungkai bawah.

Apakah tindakan keperawatan prioritas yang harus dilakukan?

- A. Edukasi ibu untuk meningkatkan asupan cairan dan natrium
- B. Lakukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut
- C. Ajarkan teknik relaksasi dalam mengurangi sakit kepala
- D. Monitor tanda-tanda vital (TTV) setiap 2 jam sekali
- E. Anjurkan ibu untuk istirahat dengan posisi miring kiri

143. Seorang ibu hamil 28 tahun, usia kehamilan 39 minggu, G1P0A0, datang ke ruang bersalin dengan keluhan kontraksi setiap 5 menit yang berlangsung selama 40 detik. Hasil pemeriksaan diketahui pembukaan serviks 7 cm, presentasi kepala, ketuban utuh, dan denyut jantung janin 140 kali/menit. Ibu tampak cemas dan sering meminta bantuan. Apakah intervensi keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Lakukan amniotomi untuk mempercepat proses persalinan
- B. Monitor denyut jantung janin setiap 30 menit
- C. Ajarkan teknik pernapasan untuk mengurangi kecemasan
- D. Siapkan peralatan untuk tindakan vakum ekstraksi
- E. Evaluasi kontraksi uterus setiap 15 menit

144. Seorang wanita 30 tahun datang ke klinik dengan keluhan nyeri perut bawah yang semakin parah selama 3 hari terakhir. Hasil anamnesa diperoleh data adanya keluhan keluar cairan berbau tidak sedap dari vagina dan riwayat hubungan seksual tanpa perlindungan beberapa minggu terakhir. Hasil pemeriksaan menunjukkan suhu tubuh $38,8^{\circ}\text{C}$, nyeri tekan pada perut bagian bawah, dan keluar cairan purulen dari serviks.

Apakah tindakan keperawatan prioritas yang harus dilakukan?

- A. Monitor tanda-tanda vital (TTV) setiap 4 jam sekali
- B. Edukasi pasien untuk menjaga kebersihan di area genitalia
- C. Rujuk pasien untuk pemberian terapi medis dan pemeriksaan lanjutan
- D. Lakukan kompres hangat pada perut bawah dalam mengurangi nyeri
- E. Berikan informasi penggunaan kontrasepsi sebagai upaya pencegahan

145. Seorang ibu hamil 37 tahun usia kehamilan 29 minggu, G3P0A2, datang ke IGD dengan keluhan perdarahan pervaginam sejak 2 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah $115/65 \text{ mmHg}$, nadi 92 kali/menit, suhu 37°C , tampak perdarahan berwarna merah segar dan tidak ada keluhan nyeri. Hasil pemeriksaan USG memperlihatkan plasenta menutupi sebagian dari os serviks.

Apakah tindakan keperawatan prioritas pada kasus ini?

- A. Edukasi ibu untuk meningkatkan asupan cairan dan istirahat total
- B. Lakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui status serviks
- C. Rujuk ke fasilitas rujukan sekunder atau tersier segera
- D. Monitor tanda-tanda vital (TTV) setiap 30 menit
- E. Pasang infus untuk pemberian cairan kristaloid

146. Seorang ibu hamil 38 tahun usia kehamilan 35 minggu, G3P1A1, datang ke ruang bersalin dengan keluhan nyeri kepala berat. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 165/100 mmHg, proteinuria (++), bengkak pada wajah dan ekstremitas, dan denyut jantung janin 143 kali/menit. Ibu hamil mengeluh pandangan kabur dan merasa khawatir dengan kondisinya.

Apakah intervensi keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Berikan cairan kristaloid untuk rehidrasi
- B. Monitor tekanan darah setiap 15 menit
- C. Edukasi tentang tanda-tanda bahaya preeklampsia
- D. Siapkan ibu untuk rujukan ke fasilitas yang lebih lengkap
- E. Ajarkan ibu teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan

147. Sekelompok mahasiswa keperawatan sedang berdiskusi tentang anatomi sistem reproduksi wanita. Dalam diskusi kelompok tersebut, seorang mahasiswa menunjukkan struktur yang menjadi tempat implantasi hasil konsepsi.

Apakah nama struktur yang dimaksud?

- A. Serviks
- B. Ovarium
- C. Tuba falopi
- D. Miometrium
- E. Endometrium

148. Seorang wanita 22 tahun datang ke klinik dengan keluhan menstruasi tidak teratur dalam enam bulan terakhir. Hasil anamnesa menunjukkan keluhan siklus menstruasi lebih dari 45 hari, jumlah darah sedikit, dengan durasi menstruasi 2 hari. Pemeriksaan USG menunjukkan gambaran ovarium: multiple folikel kecil.

Apakah diagnosa gangguan menstruasi yang dialami pasien tersebut?

- A. Amenore primer

- B. Amenore sekunder
- C. Oligomenore
- D. Dismenore
- E. Polimenore

149. Seorang perawat puskesmas melakukan kunjungan rumah ibu post-partum hari ke-4 (P2A0) setelah melahirkan normal tanpa komplikasi di Puskesmas. Perawat memberikan edukasi tentang senam nifas dan manfaatnya dalam pemulihan kondisi ibu paska melahirkan. Dalam pelaksanaan senam nifas, perawat meminta klien melakukan latihan kontraksi otot perut dan panggul dalam kondisi berbaring.

Apakah tujuan utama dari latihan tersebut?

- A. Mempercepat involusi uterus
- B. Mendukung sirkulasi darah perifer
- C. Mencegah perdarahan paska partum
- D. Meningkatkan kekuatan otot panggul
- E. Mengurangi risiko terjadinya konstipasi

150. Seorang perempuan berusia 39 tahun dirawat di RSU dengan diagnosis kanker payudara. Pasien akan dilakukan tindakan operasi. Pada saat berinteraksi dengan perawat, pasien tampak murung, bicara dengan suara pelan dan tidak ada minat untuk beraktivitas, selalu mengurung di kamar.

Apakah rentang respon kehilangan yang terjadi pada pasien di atas?

- A. *Denial*
- B. *Angry*
- C. *Depression*
- D. *Bargaining*
- E. *Acceptance*

151. Seorang perempuan berusia 16 tahun dibawa ke poli psikiatri. Hasil pengkajian, pasien mengatakan kecwea dengan kondisi wajahnya karena satu bulan yang lalu ia

mengalami kecelakaan yang menyebabkan ada bekas luka pipi kiri dan dagunya. Sejak saat itu, ia tidak berani bercermin, menutup pipi kirinya dengan rambut, dan menghindari membahas topik tentang dirinya. Bila diajak bicara sering tertunduk dan kontak mata kurang.

Apakah masalah keperawatan utama pada kasus diatas?

- A. Gangguan Ideal Diri
- B. Gangguan Harga Diri
- C. Gangguan Peran Diri
- D. Gangguan Citra Tubuh
- E. Gangguan Identitas Diri

152. Seorang perempuan berusia 25 tahun dirawat di RSJ sejak 2 minggu lalu karena berbicara kacau dan mencoba melukai diri. Menurut keluarga, pasien berencana menikah tetapi tunangannya meninggal dunia karena kecelakaan. Hasil pengkajian: tidak mau keluar ruangan, kontak mata kurang, dan menghindar ketika diajak berkomunikasi. Saat ini sudah terbina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?

- A. Identifikasi penyebab isolasi sosial
- B. Latih cara berkenalan dengan pasien
- C. Libatkan dalam terapi aktivitas kelompok
- D. Motivasi bercakap-cakap dengan orang lain
- E. Jelaskan keuntungan dan kerugian teman.

153. Seorang laki-laki berusia 45 tahun, dirawat di RSJ dengan keluhan sering marah dan bicara sendiri di rumah. Menurut keluarga, pasien lebih sering berada di kamar dan menolak untuk mandi, keluhan dialami setelah bercerai dengan istrinya. Hasil pengkajian, pasien sering menunjuk-nunjuk arah tertentu, tampak marah-marah, dan memukul ke arah tersebut.

Apakah tindakan rencana keperawatan pada kasus tersebut?

- A. Latih mengidentifikasi aspek positif
B. Latih pukul kasur dan bantal
C. Latih cara perawatan dini
D. Latih teknik menghardik
E. Latih cara berkenalan
154. Seorang perempuan berusia 34 tahun dirawat di RSJ karena marah-marah dan membanting barang jika keinginannya tidak dipenuhi. Hasil pengkajian, pasien meyakini bahwa dirinya adalah utusan dari Tuhan dan penyelamat manusia. Hal ini diucapkan berulang kali pada setiap orang dan marah jika tidak dipanggil sebagai nabi.
Apakah tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Latih pukul bantal dan kasur
B. Identifikasi penyebab marah
C. Penuhi kebutuhan pasien
D. Orientasikan pada realitas
E. Tidak menyangkal keyakinan pasien
155. Seorang laki-laki berusia 17 tahun dibawa ke IGD RSJ oleh keluarga karena mengamuk dan membanting alat-alat rumah tangga di rumah. Hasil pengkajian, pasien tersenyum sendiri, mulut berkomat-kamit, terkadang menunduk, menyendiri, mata tampak tertuju pada satu arah, dan tidak mau merawat diri. Keluarga mengatakan, sebulan lalu pasien tidak lulus masuk perguruan tinggi yang diinginkannya.
Apakah masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Halusinasi
B. Isolasi sosial
C. Harga diri rendah
D. Defisit perawatan diri
E. Resiko perilaku kekerasan

156. Seorang perempuan berusia 19 thn dibawa ke IGD RSJ karena mengamuk dan memukul ibunya. Keluarga mengatakan pasien marah karena tidak diberikan motor, hasil pengkajian: ekspresi tegang, tangan mengepal, mata melotot, bicara kasar dan keras, serta mengancam dan memukul ibunya. Apakah terapi aktivitas kelompok yang tepat untuk kasus tersebut?
- A. Sosialisasi
 - B. Orientasi realita
 - C. Stimulasi sensori
 - D. Stimulasi persepsi
 - E. Penyaluran energi
157. Seorang Perempuan, 22 tahun, dirawat di RSJ karena mengurung diri di kamar. Menurut keluarga, "pasien tidak mau minum obat sejak dua minggu lalu, diputus pacar tujuh bulan lalu, orangtua bercerai delapan bulan lalu karena masalah hutang sehingga rumah disita bank, dan Riwayat penggunaan obat terlarang sejak dua tahun lalu". Hasil pengkajian, pasien menyendiri, dan kebersihan dirinya selalu dimotivasi.
- Apakah faktor presipitasi pada kasus tersebut?
- A. Kehilangan tempat tinggal
 - B. Perpisahan dengan orang tua
 - C. Menolak pengobatan
 - D. Masalah ekonomi
 - E. Pengguna Napza
158. Seorang laki-laki, 40 tahun, dirawat di RSJ karena sering marah-marah dan berkelahi dengan tetangga, istri pasien mengatakan, "Pasien seperti ini setelah ia di-PHK". Hasil pengkajian, pasien mengatakan, "Dirinya harus diamankan karena memegang rahasia negara", yang diucapkan berulang-ulang, tampak mendominasi pembicaraan, dan penampilan tidak rapi.

Apakah rencana Tindakan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Yakinkan pasien dalam keadaan aman
- B. Libatkan pasien dalam kegiatan sehari-hari
- C. Tidak mendukung atau membantah waham pasien
- D. Diskusikan kebutuhan pasien yang tidak terpenuhi
- E. Berikan pujian bila penampilan dan keadaan pasien sesuai kenyataan

159. Seorang Perempuan, 48 tahun, dirawat di RSJ karena mengamuk setelah mendengar suara yang menyuruhnya. Keluarga mengatakan, "pasien kehilangan anaknya karena meninggal, sejak itu pasien sering menyendiri, melamun, dan memukul siapa saja yang didekatnya". Hasil pengkajian, pasien mengatakan "ingin mati karena tidak memiliki masa depan, dan merasa hidupnya tidak berguna lagi".

Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Halusinasi
- B. Isolasi sosial
- C. Resiko bunuh diri
- D. Harga diri rendah
- E. Perilaku kekerasan

160. Seorang anak perempuan (5 tahun) masuk RS X, ruang IGD dengan hasil pengkajian mengeluh nyeri telinga sejak 4 hari yang lalu, seperti ditusuk, skala nyeri Visual Analog Scale (VAS) 7 dan fungsi pendengaran berkurang. Anak tidak mau makan, gelisah dan susah tidur malam serta membran timpani tampak merah.

Apakah masalah keperawatan utama pada anak tersebut?

- A. Nyeri akut
- B. Nyeri kronik
- C. Resiko infeksi
- D. Gangguan pola tidur
- E. Gangguan persepsi sensori

161. Seorang bayi Perempuan lahir dengan spontan di rawat di ruang perinatologi. Bayi tersebut direncanakan akan diberikan imunisasi setelah pemberian vitamin K. Apakah jenis imunisasi yang tepat diberikan pada bayi tersebut?
- A. Imunisasi BCG
 - B. Imunisasi Polio
 - C. Imunisasi Hepatitis B
 - D. Imunisasi DPT-HB-Hib
 - E. Imunisasi Campak Rubella
162. Seorang anak laki-laki umur 3 tahun dibawa ke IGD RS X dengan keluhan BAB cair dengan frekuensi 10 kali, mual, nyeri perut dan tidak nafsu makan. Hasil pengkajian anak tampak lemah, suhu $37,2^{\circ}\text{C}$, frekuensi napas 32x/menit, frekuensi nadi 98x/menit dan BB anak 14 kg. Apa masalah keperawatan yang tepat untuk kasus tersebut?
- A. Mual
 - B. Diare
 - C. Defisit nutrisi
 - D. Risiko ketidakseimbangan cairan
 - E. Risiko ketidakseimbangan elektrolit
163. Seorang perawat melakukan lomba untuk anak usia 48-60 bulan di Taman Kanak-Kanak dengan tujuan untuk deteksi dini tumbuh kembang anak. Bentuk lomba yang diadakan adalah lompat jauh, balap karung, lompat tali, permainan keseimbangan tubuh dan diharuskan berteriak sekuatnya. Termasuk kedalam kelompok perkembangan mana kemampuan anak tersebut?
- A. Kemampuan kemandirian
 - B. Kemampuan bersosialisasi
 - C. Kemampuan motorik kasar
 - D. Kemampuan motorik halus
 - E. Kemampuan bicara dan bahasa

164. Seorang bayi perempuan berusia 9 bulan dibawa ke rumah sakit dengan keluhan tidak terjadi peningkatan berat badan selama tiga bulan berturut-turut. Hasil anamnesa bayi lahir spontan dengan berat badan lahir 3500 gram, panjang badan 51 cm.

Berapakah berat badan normal bayi berdasarkan usia pada bayi tersebut?

- A. 6 kg
- B. 7 kg
- C. 8 kg
- D. 9 kg
- E. 10 kg

165. Seorang anak laki-laki usia 5 tahun mengalami kejang karena demam yang tinggi, suhu tubuhnya mencapai 40°C . Berdasarkan hasil anamnesa didapatkan bahwa kejang yang dialami oleh anak tersebut disertai napas terengah-engah dan mengeluarkan air liur. Terjadi beberapa menit dan kemudian pasien lemas dan menangis.

Apakah jenis epilepsi yang dialami pada anak tersebut?

- A. *Petit Mal*
- B. *Grand Mal*
- C. *Atonic Seizure*
- D. *Myoclonic Seizure*
- E. *Simple Partial Seizure*

166. Seorang anak laki-laki usia 6 tahun yang dirawat di ruang rawat inap di RS telah mendapatkan pengobatan oral (bronkodilator) untuk sakit bronkitis kronis yang dialaminya. Hanya saja anak tersebut mengeluhkan sering batuk dan sekret sangat kental sehingga tidak bisa dibatukan.

Apa tindakan kolaboratif prioritas yang bisa dilakukan oleh seorang perawat pada anak tersebut?

- A. Berkolaborasi dalam pemenuhan nutrisi dengan tim gizi

- B. Berkolaborasi dalam pemberian nebulizer dengan tim dokter
- C. Berkolaborasi dalam penambahan obat injeksi dengan tim dokter
- D. Berkolaborasi dalam pemberian bantuan oksigenasi dengan tim dokter
- E. Berkolaborasi dalam pemberian Latihan ROM aktif dengan ahli fisiotera
167. Seorang anak laki-laki umur 3 tahun dibawa ke Puskesmas bersama ibunya dengan keluhan berat badan menurun. Hasil pengkajian didapatkan berat badan 16 kg, lemas, rambut kemerahan, perut dan ekstremitas bawah edema dan ibunya mengatakan protein yang dimakan sangat kurang.
Apa masalah kesehatan yang terjadi pada anak tersebut?
- A. Marasmus
- B. Kurang gizi
- C. Kwashiorkor
- D. Kelebihan cairan
- E. Kebiasaan makan buruk
168. Seorang anak laki-laki usia 6 bulan dibawa ke RS dengan diagnose medik Hirschprung. Perut anak tampak distensi, perut tidak bisa keluar dan badannya mengalami ikterik. Anak direncanakan operasi pembuatan kolostomi.
Apa penyebab distensi abdomen pada anak tersebut?
- A. Hipoksia pada usus
- B. Gangguan fungsi liver
- C. Gangguan penyerapan makanan
- D. Obstruksi pada segmen aganglionik
- E. Hilangnya peristaltik pada seluruh usus
169. Seorang anak laki-laki berusia 4 hari di RS harus dilakukan fototerapi, daerah mata dan kelamin ditutup, setiap harinya dilakukan monitoring tanda-tanda vital tiap 4 jam dan

dilakukan perubahan posisi setiap 6 jam. Foto terapi dihentikan sesaat bila ibu bayi datang untuk memberikan ASI.

Apa diagnosa keperawatan prioritas yang mungkin diangkat pada kasus tersebut?

- A. Perubahan proses keluarga berhubungan dengan situasi krisis
- B. Resiko integritas kulit berhubungan dengan terpaparnya sinar fototerapi
- C. Resiko injuri pada kornea berhubungan dengan terpaparnya sinar fototerapi
- D. Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan terpaparnya sinar fototerapi
- E. Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan terpaparnya sinar fototerapi

170. Seorang laki-laki, umur 56 tahun dirawat di RS dengan diagnosis stroke. Hasil pengkajian: lemah pada keempat ekstremitas. Perawat sedang melatih pasien ROM pasif. Perawat menggerakkan ekstremitas dengan cara mendekatkan ke titik tengah tubuh, lalu menjauhkan dari titik tengah tubuh.

Apakah gerakan yang dilakukan oleh perawat pada kasus tersebut?

- A. Inversi dan eversi
- B. Fleksi dan ekstensi
- C. Supinasi dan pronasi
- D. Abduksi dan adduksi
- E. Fleksi dan hiperekstensi

171. Seorang perempuan, umur 50 tahun, dirawat di RS, dengan diagnosis infark miokard akut. Hasil pengkajian: mengeluh nyeri dada secara mendadak dan terus menerus, menjalar ke bahu dan lengan kiri, rasa berdebar-debar disertai sesak

napas, skala nyeri 4. Perawat melakukan prosedur tindakan EKG dan saat ini perawat sudah memberikan posisi supine. Apakah langkah tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?

- A. Membuka pakaian pasien
- B. Melepas elektroda pada sela iga 4 dan 5
- C. Meletakan elektroda pada ekstremitas atas
- D. Memasang elektroda pada ekstremitas bawah
- E. Mengolesi pergelangan tangan, kaki dan prekordial dengan jelly

172. Seorang laki-laki, umur 52 tahun, dirawat di RS, dengan diagnosis infark miokard akut. Hasil pengkajian: mempunyai riwayat penyakit jantung, mengeluh cepat lelah, wajah pucat, akral dingin, TD 150/100 mmHg, frekuensi nadi 102x/menit, frekuensi napas 24x/menit. Perawat sedang melakukan pemeriksaan EKG dan telah memasang elektroda V2 pada dada.

Apakah langkah tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?

- A. Memasang elektroda V1
- B. Memasang elektroda V3
- C. Memasang elektroda V4
- D. Memasang elektroda V5
- E. Memasang elektroda V6

173. Seorang laki-laki, umur 53 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis medis stroke. Hasil pengkajian: lemah pada ekstremitas bawah, terpasang Foley kateter, dan sudah dilakukan bladder training. Saat ini perawat sudah menutup tirai dan menyiapkan alat untuk melakukan tindakan pelepasan kateter.

Apakah tindakan awal yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Mencabut selang perlahan
- B. Melepas selang dari kantong urine
- C. Mengaspirasi cairan yang ada di balon

- D. Meminta pasien menarik napas dalam
E. Menarik kateter walaupun ada tahanan
174. Seorang laki-laki, umur 47 tahun, dirawat dengan pasca operasi fraktur. Hasil pengkajian: TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 65 x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,5 °C. Perawat sedang memasang kateter urine. Selang kateter sudah dimasukkan sampai percabangan selang, kemudian memfiksasi dengan memasukkan aquabides sebanyak 10 ml.
Apakah langkah tindakan selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Melepaskan Duk bolong
B. Memfiksasi dengan plaster
C. Menarik kateter hingga terdapat tahanan
D. Mengangkat penis pada posisi tegak lurus
E. Mengambil specimen untuk pemeriksaan laboratorium
175. Seorang laki-laki, umur 59 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis stroke. Hasil pengkajian: lemah pada keempat ekstremitas. Perawat sedang melatih pasien ROM pasif. Perawat menggerakkan kaki dengan cara memutar telapak kaki kedalam, setelah itu memutar telapak kaki keluar.
Apakah gerakan yang dilakukan oleh perawat pada kasus tersebut?
- A. Inversi dan eversi
B. Fleksi dan ekstensi
C. Supinasi dan pronasi
D. Abduksi dan adduksi
E. Fleksi dan hiperekstensi
176. Seorang perempuan, umur 56 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis medis Gagal Ginjal Kronik. Hasil pengkajian: sesak, perut membesar, peningkatan BB 4 kg dalam waktu 3 hari,

dan edema tungkai. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi.

Apakah rencana keperawatan prioritas pada kasus di atas?

- A. Batasi aktivitas
- B. Kaji adanya edema
- C. Monitor BB setiap hari
- D. Batasi cairan sesuai indikasi
- E. Catat pemasukan dan pengeluaran

177. Seorang perempuan, umur 43 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis medis Kolitis Ulseratif. Hasil pengkajian: buang air besar cair lebih dari 10x/hari, nyeri pada perut, feses berwarna gelap, encer dan sebagian terbungkus darah.

Apakah masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?

- A. Diare
- B. Nyeri akut
- C. Nyeri kronis
- D. Defisit nutrisi
- E. Hipovolemia

178. Seorang perempuan, umur 47 tahun dirawat di RS, dengan diagnosis medis hipertensi. Hasil pengkajian: nyeri dada skala 7, meringis, TD 170/100 mmHg, frekuensi nadi 102x/menit, frekuensi napas 23x/menit dan suhu 37,5°C, foto rontgen dada menunjukkan pembesaran bayangan jantung dan gambaran EKG elevasi segmen ST. Diagnosis keperawatan resiko perfusi miokard tidak efektif b.d hipertensi

Apakah intervensi keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Batasi aktivitas
- B. Berikan terapi streptokinase
- C. Ajarkan teknik relaksasi
- D. Berikan posisi nyaman
- E. Monitor tanda vital

179. Seorang perempuan, umur 45 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis medis kanker paru. Hasil pengkajian: mengeluh sesak napas sehingga perawat akan melakukan pemeriksaan TTV pada pasien. Sebelum melakukan tindakan, perawat mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan.

Apakah prinsip etik yang telah diterapkan perawat pada kasus tersebut?

- A. *Veracity*
- B. *Fidelity*
- C. *Justice*
- D. *Beneficence*
- E. *Confidentiality*

180. Seorang pasien laki-laki berusia 65 tahun datang ke instalasi gawat darurat (IGD) dengan keluhan sesak napas, kelelahan, dan bengkak pada pergelangan kaki sejak 3 hari terakhir. Pada pemeriksaan fisik, ditemukan tekanan darah 150/90 mmHg, frekuensi napas 28 kali per menit, nadi 110 kali per menit, dan edema pada ekstremitas bawah. Pemeriksaan auskultasi paru menunjukkan adanya ronki basal bilateral. Pasien memiliki riwayat hipertensi yang tidak terkontrol.

Sebagai perawat, apa intervensi prioritas yang harus dilakukan?

- A. Memberikan cairan intravena untuk meningkatkan perfusi
- B. Menempatkan pasien dalam posisi fowler atau semi-fowler
- C. Memantau kadar glukosa darah secara berkala
- D. Memberikan edukasi mengenai diet rendah lemak
- E. Mengajarkan latihan napas dalam

JAWABAN DAN PEMBAHASAN SOAL UKOM KEPERAWATAN

Jawaban dan Pembahasan Soal

1. Kunci Jawaban : C. Urine Berdarah, Hematuri, Pembengkakan di Wajah
Kata Kunci : Sistem Perkemihan Glomerulonephritis
Pembahasan :
A. Batuk dan Pilek
Alasan: Batuk dan pilek muncul adalah sebagai peserta yang di alami klien, namun bukan merupakan tanda dan gejala dari glomerulonephritis.
B. Demam 3 hari
Alasan: Demam 3 hari merupakan tanda atau respon dari tubuh muncul bisa saja akibat dari kurangnya kebutuhan cairan.
C. Urine Berdarah, Hematuri, Pembengkakan di Wajah.
Alasan: Urine yang berdarah merupakan salah satu tanda dan gejala dari prioritas gangguan kerusakan pada glomerulus di bagian ginjal dan pembengkakan di wajah sebagai tambahan akibat tertahannya cairan dalam tubuh.
D. Suhu 38-38,5°C
Alasan: temperatur tubuh dapat meningkat akibat respon dari kurangnya cairan dalam tubuh manusia.
E. Nyeri Di Pinggang
Nyeri di bagian pinggang merupakan hal yang sering di alami seseorang bisa sebagai salah tanda dan gejala secara umum dari berbagai sakit.
2. Kunci Jawaban : D. Membaringkan pasien, kebutuhan oksigenasi
Kata Kunci : Nyeri dan RR 30x/menit
Pembahasan :
A. Melonggarkan pakaian

Alasan: merupakan Tindakan mandiri keperawatan untuk membebaskan jalan napas namun tidak memenuhi kebutuhan oksigenisasi.

B. Kolaborasi pemberian analgetic oral

Alasan: merupakan Tindakan kolaborasi dan menunggu terapi dan belum memenuhi kebutuhan oksigenisasi.

C. Memasang infus

Alasan: memasang infus Tindakan keperawatan dan memerlukan kolaborasi.

D. Membaringkan pasien dan memberikan oksigen 3L/menit

Alasan: merupakan Tindakan keperawatan mandiri keperawatan untuk memberikan rasa nyaman dan memenuhi kebutuhan oksigenisasi.

E. Memasang infus dan memberikan terapi analgetic injeksi

Alasan: memasang infus memerlukan waktu dan perlu kolaborasi dokter namun belum memenuhi kebutuhan oksigenisasi.

3. Kunci Jawaban : B. Nyeri dan Sakit kepala

Kata Kunci : Keluhan nyeri dan sakit kepala sejak 3 hari yang lalu

Pembahasan :

A. Bersihkan jalan napas tidak efektif

Alasan: Bersihkan jalan napas tidak efektif juga merupakan satu hal yang membuat adanya gangguan pada pernapasan., namun hal ini masih dapat di toleransi

B. Nyeri dan sakit kepala

Alasan: Nyeri dan sakit kepala merupakan suatu kebutuhan dasar menurut Maslow itu harus di utamakan untuk memenuhi kebutuhan aman dan nyaman.

C. Pola napas tidak efektif

Alasan: Pola napas tidak efektif merupakan hal yang membuat pasien tidak nyaman dalam pernapasan. Namun ini bukan menjadi kebutuhan prioritas.

D. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi

Alasan: Hipertemi merupakan keluhan yang subyektif namun dalam kasus ini tidak ada data pendukung yang objektif.

E. Banyak Sekret

Alasan: Merupakan keluhan yang dapat terjadi oleh karena tidak dapat mengeluarkan sekret secara mandiri, namun hal ini bukan menjadi prioritas karena sekret akan dapat di evakuasi ketika nyeri dan sakit kepala dapat diatasi.

4. Kunci Jawaban : D. Posisi semi fowler

Kata Kunci : Sulit bernapas, hipertropi ventrikel, sulit bernapas

Pembahasan :

A. Nebulasi:

Alasan Nebulasi adalah Tindakan untuk terapi inhalasi salah satu tindakan untuk mengencarkan lendir pada kasus tersebut belum dibutuhkan Tindakan Nebulasi.

B. Inhalasi uap:

Alasan: merupakan tindakan yang Hampir sama dengan Tindakan nebulasi tetapi inhasasi di perlukan air panas sehingga di khawatirkan dapat menimbulkan luka bakar.

C. Batuk efektif:

Alasan: Batuk efektif adalah satu tindakan untuk mengeluarkan secret dari rongga dada, sedangkan batuk efektif memerlukan tenaga yang memberatkan kondisi pasien

D. Posisi semi fowler

Alasan: posisi semi fowler adalah posisi dimana pasien dengan posisi setengah duduk sehingga posisi ini dapat mengatasi kesulitan bernapas

E. Posisi duduk:

Tindakan posisi duduk di perlukan bagi pasien yang pernapasan normal, tetapi pada kondisi pasien ini akan membuat pernapasan menjadi lebih berat.

5. Kunci Jawaban : A. Membuka jalan napas dengan menggunakan orofharing

Kata Kunci : Retraksi dinding dada, pernapasan cuping hidung, coma

Pembahasan :

Tindakan yang dilakukan sebelum tindakan suction:

A. Membuka jalan napas dengan menggunakan orofharing

Alasan: Saat terjadi masalah pernapasan yang di sebabkan oleh aspirasi yang harus dilakukan adalah pemasangan oropharing untuk membebaskan jalan napas

B. Lakukan *sweeping* finger

Alasan: Perlu dilakukan *sweeping* finger atau membersihkan mulut dengan jari dan kassa, namun ini bukanlah menjadi prioritas sebelum dilakukan suction

C. Membuka jalan napas dengan cross finger

Alasan: Membuka jalan napas sangat diperlukan pada kondisi dan masalah klien ini, namun sumbatan jalan napas perlu dilakukan terlebih dahulu.

D. Membuka jalan napas dengan hiper ekstensi kepala

Alasan: Membuka jalan napas dengan hiperektensi merupakan hak yang diperlukan pada kondisi pasien dengan kasus ini namun hiperekstensi akan dilakukan untuk membebaskan jalan napas setelah dilakukan pemasangan oropharing.

E. Melakukan suction

Alasan: Melakukan suction adalah Tindakan yang sangat di perlukan, namun suctioning akan lebih mudah dilakukan setelah dilakukan pemasangan oropharyngeal.

- 6. Kunci Jawaban : B. Nyeri dada bagian kiri dan menjalar kebelakang**

Kata Kunci : Keluhan nyeri, sulit mengungkapkan skala nyeri

Pembahasan :

Pasien muntah nyeri, tubuh tampak lemah dan tanda - tanda vital 90/50 mmhg kondisinya melemah.

A. Resiko kurang nutrisi

Alasan: Kurang nutrisi pada masalah ini termasuk salah satu yang di khawatirkan namun tidak menjadi masalah prioritas karena tidak ada data yang mendukung kurang nutrisi.

B. Nyeri dada bagian kiri dan menjalar ke punggung belakang

Alasan: Nyeri dada pada bagian kiri dada dan menjalar ke punggung belakang merupakan salah satu tanda adanya masalah pada jantung dan pada pemeriksaan EKG adanya aritmia atau ekstra systole, st depresi, St Elevasi

C. Kecemasan meningkat

Alasan: Kecemasan yang meningkat disebabkan oleh adanya rasa nyeri yang hebat

D. Kurang volume cairan

Alasan: Disebabkan adanya mual dan muntah sebagai akibat dari rasa nyeri

E. Kelemahan tubuh

Alasan: Kelemahan tubuh akan terjadi Ketika muncul mual, muntah dan kurang nutrisi yang masuk namun

akan dapat di atasi ketika masalah prioritas dapat di atasi terlebih dahulu.

7. Kunci Jawaban : B. Auskultasi suara paru untuk memastikan apakah ada edema paru
- Kata Kunci : Sesak napas pernapasan 36x/menit, cuping hidung, kedua tungkai bengkak
- Pembahasan :
- A. Batuk yang mengeluarkan dahak berwarna kuning kehijauan
Alasan: Pada kasus batuk berdahak dan berwarna kuning dapat menjadi pertanda adanya infeksi pada paru-paru namun hal ini bukan menjadi pengkajian yang utama untuk mengetahui adanya gangguan pertukaran gas.
 - B. Auskultasi suara paru untuk memastikan apakah terjadi Edema paru
Alasan: Auskultasi paru merupakan Tindakan sehingga tujuan disini adalah untuk memastikan adanya edema, kemudian untuk mendengarkan suara namun bukan untuk melakukan pengkajian gangguan pertukaran gas.
 - C. Ukur lingkar perut untuk memastikan apakah terjadi acites atau tidak
Alasan: mengukur lingkar perut adalah Tindakan yang dilakukan untuk mengetahui adanya acites dan tidak berhubungan dengan pemeriksaan edema paru.
 - D. Palpasi hepar untuk memastikan apakah terjadi pembesaran hepar
Alasan: palpasi hepar untuk memastikan apakah terjadi pembesaran hepar palpasi ini tidak ada hubungannya edema paru
 - E. Memberikan oksigen maksimal
Pemberian oksigen maksimal adalah merupakan tindakan yang sangat di perlukan pada gangguan

pernapasan, tetapi yang ditanyakan adalah untuk melengkapi pengajian pada pertukaran gas.

- 8. Kunci Jawaban : A. Membuat surat pernyataan penolakan tindakan**

Kata Kunci : Penolakan tindakan
Pembahasan :

Dalam kasus ini klien mengalami gangguan kebutuhan cairan, dan oleh karena ketakutan, menolak untuk dilakukan pemasangan infus maka yang perlukan adalah edukasi dari prosedur tindakan.

- A. Membuat surat pernyataan penolakan tindakan Menghargai hak pasien untuk penolakan tindakan.

Alasan: penolakan Tindakan merupakan hak dari pasien.

- B. Menawarkan pada pasien agar dokter melakukan pemasangan infus

Alasan: pemasangan infus adalah Tindakan keperawatan.

- C. Mengonsultkan pasien ke perawat yang lain yang sama nilai - nilai dan keyakinan

Alasan: jika yang melakukan pemasangan infus ditunjuk adalah yang sama dengan perawat pertama maka ini bukan Tindakan yang berbeda dengan perawat yang sama.

- D. Merujuk pasien ke rumah sakit yang lain dan membuat pernyataan

Alasan: merujuk pasien bukanlah Tindakan yang dapat segera mengatasi masalah pada pasien tetapi justru memperlambat Tindakan pertolongan untuk mengatasi masalah keperawatan.

- E. Meminta perawat yang lebih senior dan lebih ahli dan menangani masalah

Alasan: meminta perawat yang lebih senior atau yang lebih ahli untuk melakukan pemasangan infus bukan cara yang dapat membuat klien mau merubah

ketakutan tetapi yang di perlukan adalah penjelasan untuk prosedur tindakan.

- 9. Kunci Jawaban** : A. Memberikan edukasi tentang penyakit dan perawatannya
Kata Kunci : Diabetes, kurang pengetahuan
Pembahasan :
A. Memberikan edukasi tentang penyakit dan perawatannya.
Alasan: pasien kurang pengetahuan tentang penyakit dan perawatannya sehingga tidak mengetahui terjadinya kerusakan atau infeksi.
B. Menganjurkan untuk menggunakan sandal khusus
Alasan: Menggunakan sandal khusus pada kasus ini sangat di perlukan namun yang paling utama adalah melakukan perawatan dahulu baru menggunakan sandal khusus.
C. Manganjurkan untuk konsul ke dokter bedah
Alasan: Manganjurkan konsul ke dokter bedah merupakan tindakan yang benar juga namun lakukan perawatan luka dahulu baru kemudian anjurkan untuk konsul ke dokter bedah.
D. Memberikan terap untuk mengurangi nyeri
Alasan: Memberikan terapi untuk nyeri bukan kompetensi dari perawat.
E. Memberikan salep untuk mengurangi nyeri
Alasan: Memberikan topical terapi adalah tindakan yang dilakukan setelah Tindakan perawatan luka.
- 10. Kunci Jawaban** : E. Pemeriksaan kaki
Kata Kunci : Pengkajian pada foot syndrome kaki, menggunakan SOP
Pembahasan :
A. Pemeriksaan Sepatu

- Alasan: Pemeriksaan sepatu yang di gunakan pada foot syndrome untuk mengetahui apakah sepatu yang digunakan nyaman di pakai
- B. Pemeriksaan sensasi
Alasan: Pemeriksaan sensasi adalah untuk mengetahui sensifitas kaki pada area tertentu.
- C. Pemeriksaan sirkulasi
Alasan: Pemeriksaan sirkulasi pada kaki di perlukan untuk mengetahui apakah ada gangguan aliran darah
- D. Pemeriksaan deformitas
Alasan: Pemeriksaan deformitas untuk mengetahui apakah ada kelainan pada kaki
- E. Pemeriksaan kaki lakukan pemeriksaan fisik pada kedua kaki, suhu kaki, kemerahan atau bengkak dan luka atau ulkus dan setiap sisi kaki jari, dan kuku kaki Pemeriksaan kaki lakukan pemeriksaan fisik pada kedua kaki, suhu kaki, kemerahan atau bengkak dan luka atau ulkus dan setiap sisi kaki jari, dan kuku kaki,
Sesuai dengan SOP sebagai berikut:
langkah pertama pasien posisi duduk dikursi dan kaki diluruskan, kemudian dilakukan pemeriksaan inspeksi untuk melihat apakah ada jamur, callus, garis pecah kaki, pembengkakan di kedua ekstremitas, kemudian dilakukan pemeriksaan palpasi untuk mengetahui apakah ada peningkatan, gangguan aliran darah, pemeriksaan sensasi menggunakan monofilament.
- 11. Kunci Jawaban : C. Laisess faire.**
Kata Kunci : Kepemimpinan, Gaya kepemimpinan
Pembahasan :
Dalam kasus ini, gaya kepemimpinan yang diterapkan kepala ruangan dalam menjalankan tugasnya adalah dengan menyerahkan semua tugas kepada bawahannya secara bebas tanpa ada control atau arahan apapun kepada

bawahannya. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Autokratik

Alasan: Gaya kepemimpinan otokratik merupakan gaya kepemimpinan dimana pimpinan menetapkan sendiri semua keputusan tanpa melibatkan bawahan, dalam hal ini pimpinan penentu keputusan untuk semua tugas yang dijalankan oleh bawahan jadi berlainan dengan kasus.

B. Demokratik

Alasan: Gaya kepemimpinan demokratik yaitu pimpinan menetapkan keputusan bersama bawahan, tidak melepaskan sepenuhnya ke bawahan.

C. Laissez faire

Alasan: Gaya kepemimpinan dimana pimpinan tidak menetapkan keputusan apapun, melainkan menyerahkan sepenuhnya kepada bawahan maka ini yang sangat sesuai dengan kasus pada pertanyaan diatas

D. Kharismatik

Alasan: Gaya kepemimpinan menggunakan daya tarik pribadi, visi yang kuat dan kemampuan komunikasi untuk memotivasi dan mempengaruhi orang lain. gaya ini tidak sesuai dengan kasus.

E. Partisipatif

Alasan: Gaya kepemimpinan dengan melibatkan anggota tim dalam pengambilan keputusan namun keputusan akhir tetap menjadi tanggung jawab pemimpin. ini juga tidak sesuai dengan kasus.

12. Kunci Jawaban : A. Autokratik
Kata Kunci : Kepemimpinan, Gaya kepemimpinan dalam keperawatan
Pembahasan :
Dalam kasus ini, gaya kepemimpinan yang diterapkan

kepala ruangan dalam menjalankan tugasnya adalah dengan menyerahkan semua tugas kepada bawahannya secara bebas tanpa ada control atau arahan apapun kepada bawahannya. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Autokratik

Alasan: Gaya kepemimpinan otokratik merupakan gaya kepemimpinan dimana pimpinan menetapkan sendiri semua keputusan tanpa melibatkan bawahan, maka ini yang sangat sesuai dengan kasus pada pertanyaan diatas

B. Demokratik

Alasan: Gaya kepemimpinan demokratik yaitu pimpinan menetapkan keputusan bersama bawahan, tidak melepasnya sepenuhnya ke bawahan.

C. Laisess faire

Alasan: gaya kepemimpinan dimana pimpinan tidak menetapkan keputusan apapun, melainkan menyerahkan sepenuhnya kepada bawahan Kharismatik, dalam hal ini pimpinan menyerahkan semua keputusan untuk semua tugas yang dijalankan kepada bawahan jadi berlainan dengan kasus

D. Kharismatik

Alasan: Gaya kepemimpinan menggunakan daya tarik pribadi, visi yang kuat dan kemampuan komunikasi untuk memotivasi dan mempengaruhi orang lain. gaya ini tidak sesuai dengan kasus.

E. Partisipatif

Alasan: Gaya kepemimpinan dengan melibatkan anggota tim dalam pengambilan keputusan namun keputusan akhir tetap menjadi tanggung jawab pemimpin. ini juga tidak sesuai dengan kasus.

13. Kunci Jawaban : B. Perbedaan antar individu
Kata Kunci : Konflik, Sumber Konflik

Pembahasan :

Dalam kasus ini, Sumber konflik yang terjadi akibat dari adanya perbedaan pandangan antar pimpinan dan bawahan sehingga pekerjaan tidak bisa diselesaikan tepat waktu.

Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Kekaburuan yuridiksional

Alasan: konflik terjadi karena aturan-aturan yang tidak jelas dalam bekerja seperti adanya tanggung jawab yang tumpah tindih, dikasus tidak ada jabaran terkait adanya pelimpahan tugas yang tumpang tindih.

B. Perbedaan antar individu

Alasan: perbedaan pendirian dan perasaan. setiap orang punya pendirian dan pemikiran sendiri, seseorang tidak selalu sejalan dengan kelompok atau pimpinan organisasinya sehingga hal ini memicu konflik, seperti halnya yang terjadi pada kasus perbedaan pandangan antar pimpinan dan bawahan dalam menyelesaikan suatu pekerjaan.

C. Masalah organisasi

Alasan: Konflik yang terjadi antara suatu unit yang mencoba meningkatkan status organisasi sedangkan bagi unit yang lain menjadi ancaman terkait posisinya, ini juga bisa memicu konflik namun tidak sesuai dengan kasus.

D. Masalah dalam komunikasi

Alasan: Tidak adanya komunikasi yang baik antar pimpinan dan bawahan dapat memicu terjadinya konflik namun dalam hal ini tidak sesuai dengan kasus.

E. Masalah finansial

Alasan: pembagian imbalan atau besar kecilnya imbalan yang diterima dapat memicu terjadinya konflik apalagi kalau tidak adanya keterbukaan antar kelompok dalam suatu organisasi hal ini sangat

mungkin untuk memicu terjadinya konflik namun hal ini tidak sesuai dengan kasus yang diatas.

14. Kunci Jawaban : B. Perubahan yang cepat dan mendadak

Kata Kunci : Konflik, Sumber pemicu konflik

Pembahasan :

Dalam kasus ini, Sumber konflik yang terjadi akibat dari adanya perbedaan pandangan antar pimpinan dan bawahan sehingga pekerjaan tidak bisa diselesaikan tepat waktu.

Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

- A. Kekaburuan yuridiksional

Alasan: konflik terjadi karena aturan-aturan yang tidak jelas dalam bekerja seperti adanya tanggung jawab yang tumpah tindih, dikasus tidak ada jabaran terkait adanya pelimpahan tugas yang tumpang tindih.

- B. Perubahan yang cepat dan mendadak

Alasan: perubahan nilai atau norma yang cepat dan mendadak dalam masyarakat dapat memicu terjadinya konflik social. Perubahan seperti ini akan membuat keguncangan proses social di masyarakat, bahkan akan terjadi upaya penolakan terhadap semua bentuk perubahan karena dianggap mengacaukan tatanan kehidupan. Dari data diatas maka sumber yang dapat memicu terjadinya konflik adalah perubahan yang cepat dan mendadak terkait aturan Apel pagi di Rumah sakit tersebut.

- C. Masalah organisasi

Alasan: Konflik yang terjadi antara suatu unit yang mencoba meningkatkan status organisasi sedangkan bagi unit yang lain menjadi ancaman terkait posisinya, ini juga bisa memicu konflik namun tidak sesuai dengan kasus

D. Masalah dalam komunikasi

Alasan: Tidak adanya komunikasi yang baik antar pimpinan dan bawahan dapat memicu terjadinya konflik namun dalam hal ini tidak sesuai dengan kasus

E. Masalah finansial

Alasan: pembagian imbalan atau besar kecilnya imbalan yang diterima dapat memicu terjadinya konflik apalagi kalau tidak adanya keterbukaan antar kelompok dalam suatu organisasi hal ini sangat mungkin untuk memicu terjadinya konflik namun hal ini tidak sesuai dengan kasus yang diatas.

15. Kunci Jawaban : C. Staffing

Kata Kunci : Staffing, Pengaturan dan pengembangan staf

Pembahasan :

Dalam kasus ini, fungsi manajemen keperawatan yang sedang dijalankan oleh kepala ruangan yaitu dengan merencanakan pengembangan terhadap stafnya, sebagai upaya dalam meningkatkan kemampuan dan keterampilan stafnya. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Planning

Alasan: Fungsi perencanaan yang dijadikan tolak ukur untuk mencapai tujuan organisasi, fungsi perencanaan merupakan bagian dari fungsi manajemen keperawatan namun didalam fungsi ini tidak ada kegiatan pengembangan staf

B. Organizing

Alasan: Fungsi pengorganisasian merupakan pengelompokan kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi dalam hal ini terkait pembagian kerja, delegasi tugas, koordinasi dan manajemen waktu, jadi fungsi ini juga sangat penting dalam satu organisasi

C. Staffing

Alasan: Fungsi ketenagaan merupakan proses untuk menempatkan sumber daya perusahaan di tempat yang tepat sesuai dengan keahliannya. Staffing merupakan salah satu fungsi manajemen yang penting dan berfokus pada orang dimana didalamnya terdapat kegiatan rekrutmen, seleksi, penempatan, pelatihan dan pengembangan staf untuk meningkatkan keterampilannya, hal ini sesuai dengan fungsi manajemen yang dijalankan oleh kepala ruang dari kasus diatas.

D. Directing

Alasan: Fungsi pengarahan berupa penugasan, perintah yang mudah dan bisa dimengerti oleh staf agar bisa mencapai apa yang diinginkan sesuai dengan tujuan. fungsi ini juga merupakan bagian dari fungsi manajemen namun tidak sesuai dengan kasus yang dibahas.

E. Controlling

Alasan: Fungsi pengendalian merupakan fungsi terakhir dalam manajemen keperawatan dimana pada fungsi ini dilakukan pemeriksaan, penilaian apakah semua berjalan sesuai dengan rencana, pesan dan prinsip yang disepakati atau tidak. Namun ini tidak sesuai dengan kasus.

16. Kunci Jawaban : B. Demokratik

Kata Kunci : Kepemimpinan, Gaya kepemimpinan
Pembahasan :

A. Autokratik.

Alasan: Gaya kepemimpinan otokratik merupakan gaya kepemimpinan dimana pimpinan menetapkan sendiri semua keputusan tanpa melibatkan bawahan, dalam hal ini pimpinan penentu keputusan untuk

semua tugas yang dijalankan oleh bawahan jadi berlainan dengan kasus.

B. Demokratik.

Alasan: Gaya kepemimpinan demokratik yaitu pimpinan menetapkan keputusan bersama bawahan, tidak mengambil keputusan berdasarkan pemikirannya sendiri dan ini sangat sesuai dengan gaya kepemimpinan pada kasus diatas.

C. Laisess faire.

Alasan: gaya kepemimpinan dimana pimpinan tidak menetapkan keputusan apapun, melainkan menyerahkan sepenuhnya kepada bawahan maka ini yang sangat sesuai dengan kasus pada pertanyaan diatas

D. Kharismatik

Alasan: Gaya kepemimpinan menggunakan daya tarik pribadi, visi yang kuat dan kemampuan komunikasi untuk memotivasi dan mempengaruhi orang lain. gaya ini tidak sesuai dengan kasus.

E. Partisipatif.

Alasan: Gaya kepemimpinan dengan melibatkan anggota tim dalam pengambilan keputusan namun keputusan akhir tetap menjadi tanggung jawab pemimpin. ini juga tidak sesuai dengan kasus.

17. Kunci Jawaban : C. *Staffing*

Kata Kunci : Staffing, Pengaturan dan pengembangan staf

Pembahasan :

Dalam kasus ini, fungsi manajemen keperawatan yang sedang dijalankan oleh kepala ruangan yaitu dengan merencanakan pengembangan terhadap stafnya, sebagai upaya dalam meningkatkan kemampuan dan keterampilan stafnya. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. *Planning*

Alasan: Fungsi perencanaan yang dijadikan tolak ukur untuk mencapai tujuan organisasi, fungsi perencanaan merupakan bagian dari fungsi manajemen keperawatan namun didalam fungsi ini tidak ada kegiatan pengembangan staf

B. *Organizing*

Alasan: Fungsi pengorganisasian merupakan pengelompokan kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi dalam hal ini terkait pembagian kerja, delegasi tugas, koordinasi dan manajemen waktu, jadi fungsi ini juga sangat penting dalam satu organisasi

C. *Staffing*

Alasan: Fungsi ketenagaan merupakan proses untuk menempatkan sumber daya perusahaan di tempat yang tepat sesuai dengan keahliannya. Staffing merupakan salah satu fungsi manajemen yang penting dan berfokus pada orang dimana didalamnya terdapat kegiatan rekrutmen, seleksi, penempatan, hal ini sesuai dengan fungsi manajemen yang dijalankan oleh kepala ruang dari kasus diatas.

D. *Directing*

Alasan: Fungsi pengarahan berupa penugasan, perintah yang mudah dan bisa dimengerti oleh staf agar bisa mencapai apa yang diinginkan sesuai dengan tujuan. fungsi ini juga merupakan bagian dari fungsi manajemen namun tidak sesuai dengan kasus yang dibahas.

E. *Controlling*

Alasan: Fungsi pengendalian merupakan fungsi terakhir dalam manajemen keperawatan dimana pada fungsi ini dilakukan pemeriksaan, penilaian apakah semua berjalan sesuai dengan rencana, pesan dan

prinsip yang disepakati atau tidak namun ini tidak sesuai dengan kasus.

18. Kunci Jawaban : B. *Organizing*

Kata Kunci : *Organizing*, pembagian kerja

Pembahasan :

Dalam kasus ini, fungsi manajemen keperawatan yang sedang dijalankan oleh kepala ruangan yaitu melakukan pembagian kerja terhadap stafnya dan menguraikan tugas pokok dan fungsi setiap staf agar tidak ada yang tumpah tindih dalam bekerja. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. *Planning*

Alasan: fungsi perencanaan yang dijadikan tolak ukur untuk mencapai tujuan organisasi, fungsi perencanaan merupakan bagian dari fungsi manajemen keperawatan namun didalam fungsi ini tidak ada kegiatan pengembangan staf

B. *Organizing*

Alasan: fungsi pengorganisasian merupakan pengelompokan kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi dalam hal ini terkait pembagian kerja, delegasi tugas, koordinasi dan manajemen waktu, jadi fungsi ini sangat sesuai dengan fungsi manajemen yang dijalankan oleh kepala ruang dari kasus diatas.

C. *Staffing*

Alasan: fungsi ketenagaan merupakan proses untuk menempatkan sumber daya perusahaan di tempat yang tepat sesuai dengan keahliannya. Staffing merupakan salah satu fungsi manajemen yang penting dan berfokus pada orang dimana didalamnya terdapat kegiatan rekrutmen, seleksi, penempatan, pelatihan dan pengembangan staf untuk meningkatkan

keterampilannya, namun fungsi ini tidak sesuai dengan kasus.

D. *Directing*

Alasan: fungsi pengarahan berupa penugasan, perintah yang mudah dan bisa dimengerti oleh staf agar bisa mencapai apa yang diinginkan sesuai dengan tujuan. fungsi ini juga merupakan bagian dari fungsi manajemen namun tidak sesuai dengan kasus yang dibahas.

E. *Controlling*

Alasan: Fungsi pengendalian merupakan fungsi terakhir dalam manajemen keperawatan dimana pada fungsi ini dilakukan pemeriksaan, penilaian apakah semua berjalan sesuai dengan rencana, pesan dan prinsip yang disepakati atau tidak namun ini tidak sesuai dengan kasus.

19. Kunci Jawaban : C. Minimal care

Kata Kunci : Tingkat ketergantungan pasien,
Minimal care

Pembahasan :

Dalam kasus ini, tingkat ketergantungan perawatan pada pasien berdasarkan kriteria dari pasien yang bisa dimasukkan dalam beberapa tingkatan. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. *Total care*

Alasan: Tingkat ketergantungan yang tinggi, di mana pasien membutuhkan perawatan intensif. Perawatan yang dibutuhkan rata-rata 5–6 jam per hari.

B. *Partial care*

Alasan: Tingkat ketergantungan parsial, di mana pasien membutuhkan bantuan perawat untuk memenuhi kebutuhan dasar, seperti mandi dan makan. Perawatan yang dibutuhkan rata-rata 3–4 jam per hari.

C. *Minimal care*

Alasan: Tingkat ketergantungan yang rendah, di mana pasien masih bisa melakukan hal-hal seperti mampu melakukan ADL, mampu mandi dan mengganti pakaian, makan dan minum sendiri, ambulasi dengan pengawasan.

Perawatan yang dibutuhkan hanya sekitar 1–2 jam per hari. Kriteria ini sesuai dengan kasus diatas.

D. *Self care*

Alasan: perawatan langsung pasien selama 2 jam/hari

E. *Intensive care*

Alasan: perawatan langsung pasien selama 8 jam/hari

20. Kunci Jawaban : B. *Partial care*

Kata Kunci : Tingkat ketergantungan pasien,
Partial care

Pembahasan :

Dalam kasus ini, tingkat ketergantungan perawatan pada pasien berdasarkan kriteria dari pasien yang bisa dimasukkan dalam beberapa tingkatan. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. *Total care*

Alasan: Tingkat ketergantungan yang tinggi, di mana pasien membutuhkan perawatan intensif. Perawatan yang dibutuhkan rata-rata 5–6 jam per hari.

B. *Partial care*

Alasan: Tingkat ketergantungan parsial, di mana pasien membutuhkan bantuan perawat untuk memenuhi kebutuhan dasar, seperti mandi dan makan. Perawatan yang dibutuhkan rata-rata 3–4 jam per hari.

C. *Minimal care*

Alasan: Tingkat ketergantungan yang rendah, di mana pasien masih bisa melakukan hal-hal seperti mampu melakukan ADL, mampu mandi dan mengganti

pakaian, makan dan minum sendiri, ambulasi dengan pengawasan.

Perawatan yang dibutuhkan hanya sekitar 1–2 jam per hari. kriteria ini sesuai dengan kasus diatas.

D. *Self care*

Alasan: perawatan langsung pasien selama 2 jam/hari

E. *Intensive care*

Alasan: perawatan langsung pasien selama 8 jam/hari

21. Kunci Jawaban : B. Isolasi Sosial

Kata Kunci : Tidak ada kontak mata, menunduk, menolak berinteraksi

Pembahasan :

Dalam kasus ini, prioritas masalah keperawatan adalah yang terjadi saat ini, masalah yang terjadi dimana menunjukkan tidak adanya interaksi pasien dengan orang lain. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Halusinasi

Alasan: Halusinasi tidak menjadi prioritas karena muncul pada saat di rumah.

B. Isolasi sosial

Alasan: merupakan prioritas masalah karena saat ini pasien tidak ada kontak mata, tidak berinteraksi dengan orang.

C. Harga Diri Rendah

Alasan: Harga diri rendah tidak ada data yang mendukung.

D. Perilaku Kekerasan

Alasan: Perilaku kekerasan tidak ada data yang mendukung, pasien tidak menunjukkan ke arah tanda-tanda masalah tersebut

E. Defisit Perawatan Diri

Alasan: Kurangnya perawatan diri tidak terdapat data yang mendukung pada kasus tersebut.

Jadi, jawaban yang tepat untuk prioritas masalah keperawatan adalah B. Isolasi sosial. Karena pasien menunjukkan tanda bahwa pasien tidak berinteraksi dengan orang lain, tidak ada kontak mata, dan tidak mau didekati dan berbicara orang lain.

22. Kunci Jawaban : E. Perabaan
Kata Kunci : Halusinasi, Kulit, tidak nyaman
Pembahasan :
Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal dan eksternal, pasien memberi persepsi tentang lingkungan tanpa ada objeknya atau rangsangan yang nyata. Dalam kasus ini pasien mengalami gangguan persepsi dimana merasa dikulitnya ada serangga yang menempel dimana hal tersebut hanya dialami oleh pasien. Mari tinjau setiap pilihan jawabannya:
- A. Pendengaran
Alasan: Halusinasi pendengaran yaitu pasien mendengar suara baik jelas maupun tidak, Dimana suara seperti mengajak bicara atau memerintah. Pada pasien di kasus tidak mengalami hal tersebut.
 - B. Pengecapan
Alasan: Halusinasi pengecapan, merasa mengecap rasa seperti darah, urine, feses, dll. Pada kasus, tidak mengalami halusinasi tersebut.
 - C. Penglihatan
Alasan: stimulus visual, bisa menyenangkan maupun menakutkan. Pada kasus tidak muncul tanda tersebut.
 - D. Penghidu
Alasan: Halusinasi penghidu atau penciuman, pasien membau aroma tertentu. Pada kasus tidak muncul tanda tersebut.
 - E. Perabaan
Alasan: halusinasi perabaan, pasien merasakan adanya suatu objek pada indra peraba yaitu kulit.

Jadi jawaban yang tepat untuk jenis halusinasi yang dialami pasien adalah E. halusinasi peraba, didukung dengan tanda gejala yang dirasakan oleh pasien yaitu serangga yang menempel di kulitnya, pasien tidak nyaman dan sering mengusap area kulit tersebut.

23. Kunci Jawaban : E. Memberikan penghargaan

Kata Kunci : Ibu hebat, ibu mampu

Pembahasan :

Dalam teknik komunikasi terapeutik, ada hal-hal yang dilakukan oleh komunikan terhadap komunikator. Mari tinjau setiap pilihan jawabannya:

A. Klarifikasi

Alasan: Klarifikasi merupakan teknik dimana perawat mengulang kembali jawaban dari pasien apakah sudah sesuai dengan kondisi yang sebenarnya, misal "jadi saat ini ibu merasa tidak berharga?"

B. Meringkas jawaban

Alasan: Perawat meringkas jawaban dari penjelasan atau jawaban pasien, yaitu merangkum jawaban dengan Bahasa yang lebih singkat dan sederhana dengan menyoroti atau terfokus pada poin-poin penting, misal perawat menyampaikan "dari apa yang disampaikan ibu tadi, ibu merasa bahwa ibu adalah istri yang tidak baik, karena ibu belum bisa memberikan keturunan"

C. Memfokuskan jawaban

Alasan: Memfokuskan jawaban merupakan memusatkan topik yang sedang dibahas. Komunikasi yang terjadi dimana perawat memfokuskan pasien saat berkomunikasi, misalnya "ibu, bisa tatap mata saya, mari kita lanjutkan komunikasi kita ya"

D. Penerimaan

Alasan: Penerimaan merupakan sikap bahwa perawat dalam komunikasi terapeutik memahami apa yang

disampaikan dan dialami oleh pasien., misal "baik ibu, saya memahami apa yang ibu rasakan, ibu harus tetap percaya diri ya"

E. Penghargaan,

Alasan: penghargaan sebuah apresiasi dimana memberikan pujian, reward, atas keberhasilan yang dilakukan atau capai. Perawat menyampaikan "ibu Hebat" hal tersebut menunjukkan bahwa perawat menghargai kemampuan pasien.

Jadi jawaban yang tepat untuk jenis komunikasi yang dilakukan oleh perawat pada pasien tersebut menunjukkan, bahwa perawat sedang memberikan reward atau penghargaan terhadap pasien dengan masalah harga diri rendah. Memberikan reward atas kemampuan pasien akan meningkatkan rasa percaya diri pasien.

24. Kunci Jawaban : B. Validasi/Evaluasi

Kata Kunci : Pembahasan topik sebelumnya, isolasi sosial

Pembahasan :

Tahap komunikasi terdiri dari tahap pra interaksi, orientasi, kerja, dan evaluasi. Mari tinjau setiap pilihan jawabannya:

A. Pra Interaksi

Alasan: Tindakan dalam komunikasi terapeutik untuk mempersiapkan diri berkomunikasi dengan pasien. Hal ini tidak ada dalam komunikasi yang dilakukan perawat dan pasien pada kasus tersebut.

B. Validasi/Evaluasi

Alasan: Tindakan dalam komunikasi terapeutik Dimana termasuk dalam fase orientasi, dengan menggali kemampuan pasien dengan Tindakan yang sudah pernah dilakukan sebelumnya dengan pasien. Hal ini tepat sesuai dengan tahap komunikasi yang dilakukan pada kasus tersebut.

C. Kontrak pertemuan

Alasan: Tindakan dalam komunikasi terapeutik Dimana termasuk dalam fase orientasi, kontrak pertemuan berhubungan dengan waktu, topik dan tempat yang akan disepakati antara pasien dan perawat dalam komunikasi.

D. Evaluasi respon

Alasan: Evaluasi respon dilakukan ditahap Evaluasi setelah melakukan fase kerja, Dimana melakukan penilaian kemampuan pasien setelah dilakukan terapi.

E. Rencana tindak lanjut

Alasan: dilakukan di tahap evaluasi, untuk memberikan rencana yang akan dilakukan baik pasien maupun perawat untuk tindakan selanjutnya, setelah dilakukan terapi.

Jadi jawaban yang tepat untuk tahap komunikasi yang dilakukan oleh perawat adalah tahapan memvalidasi atau evaluasi, dimana perawat menanyakan tentang perasaan dan mengingatkan tentang kemampuan sebelumnya.

25. Kunci Jawaban : *B. Beneficence*

Kata Kunci : Menjaga keselamatan, pengikatan
Pembahasan :

Prinsip etik keperawatan dalam melakukan Tindakan keperawatan terdiri dari beberapa fidelity dimana perawat selalu menepati janji, justice perawat selalu berlaku adil terhadap pasien, veracity selalu berkata dan bertindak jujur, beneficence perawat melakukan Tindakan demi kebaikan pasien dan maleficence adalah perawat yang sengaja menimbulkan dampak negative. Mari tinjau setiap pilihan jawabannya:

A. Fidelity

Alasan: tidak ada dalam data, fidelity adalah perawat menepati janji

- B. Justice
Alasan: tidak ada dalam kasus, justice adalah perawat berlaku adil
- C. Veracity
Alasan: tidak ada dalam kasus, veracity adalah perawat berlaku jujur
- D. Beneficence
Alasan: perawat melakukan tindakan untuk kebaikan pasien
- E. Maleficence
Alasan: tidak ada dalam kasus, maleficence adalah perawat sengaja menimbulkan dampak negative.
Jadi jawaban yang tepat adalah beneficence dimana perawat melakukan Tindakan yang baik untuk keselamatan pasien, pengikatan untuk menjaga keamanan pasien dan tidak membuatnya terluka.

- 26.Kunci Jawaban : A. Halusinasi**
Kata Kunci : Mendengar bisikan, menyendiri, mengamuk
Pembahasan :
Dalam kasus ini, prioritas masalah keperawatan adalah yang terjadi saat ini, masalah yang terjadi saat ini pasien mendengar suara bisikan. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:
- A. Halusinasi
Alasan: Halusinasi merupakan prioritas masalah, karena saat dikaji pasien sedang mendengar bisikan untuk memukul siapapun yang ada didekatnya, dan pasien mengikutinya disertai reaksi marah.
 - B. Isolasi Sosial
Alasan: merupakan prioritas masalah karena saat ini pasien tidak ada kontak mata, tidak berinteraksi dengan orang.

C. Harga Diri Rendah

Alasan: Harga diri rendah tidak ada data yang mendukung.

D. Prilaku Kekerasan

Alasan: Perilaku kekerasan muncul saat ini namun merupakan dampak dari halusinasi yang muncul.

E. Defisit Perawat Diri

Alasan: Kurangnya perawatan diri tidak terdapat data yang mendukung pada kasus tersebut.

Jadi, jawaban yang tepat untuk prioritas diagnosa keperawatan adalah A. Halusinasi. Karena pasien saat ini mengalami gangguan persepsi sensori dengan mendengar bisikan untuk melakukan sesuatu, dan membuat pasien marah.

27. Kunci Jawaban : E. Beneficience

Kata Kunci : Menjelaskan pada pasien

Pembahasan :

Prinsip etik keperawatan dalam melakukan Tindakan keperawatan terdiri dari beberapa fidelity dimana perawat selalu menepati janji, justice perawat selalu berlaku adil terhadap pasien, veracity selalu berkata jujur, beneficence perawat melakukan Tindakan demi kebaikan pasien, autonomy yaitu menghargai otonomi. Mari tinjau setiap pilihan jawabannya:

A. Justice

Alasan: tidak ada dalam kasus, justice adalah perawat berlaku adil

B. Fidelity

Alasan: tidak ada dalam data, fidelity adalah perawat menepati janji

C. Veracity

Alasan: tidak ada dalam kasus, veracity adalah perawat berlaku jujur

D. Autonomy

Alasan: tidak ada dalam kasus prinsip etika yang menghargai hak pasien untuk mengambil keputusan sendiri mengenai perawatan dan kesehatannya

E. Beneficence

Alasan: perawat melakukan tindakan untuk kebaikan pasien

Jadi jawaban yang tepat adalah E. Beneficence dimana perawat melakukan Tindakan yang baik dengan menjelaskan kepada pasien, bahwa pasien sudah dalam kondisi baik, dan keluarga dijelaskan tentang kondisi pasien.

28. Kunci Jawaban : D. Menanyakan perasaan setelah diajarkan

Kata Kunci : Cara mengontrol marah, kemampuan pasien

Pembahasan :

Dalam melaksanakan strategi pelaksanaan, melalui beberapa tahap komunikasi fase orientasi (memperkenalkan diri, menanyakan perasaan dan validasi/evaluasi, menjelaskan tujuan, kontrak yang akan dilaksanakan), fase kerja (Tindakan sesuai intervensi), fase evaluasi (evaluasi subjektif-objektif, rencana tindak lanjut, kontrak kegiatan berikutnya). Mari tinjau setiap pilihan jawabannya:

A. Menanyakan kabar hari ini.

Alasan: Merupakan bagian dalam fase orientasi validasi/evaluasi

B. Memasukkan ke jadwal harian.

Alasan: Merupakan tahapan dalam rencana tindak lanjut

C. Meminta pasien Latihan mandiri.

Alasan: Merupakan tahapan dalam rencana tindak lanjut

- D. Menanyakan perasaan setelah diajarkan
Alasan: merupakan tahapan dalam evaluasi subjektif
- E. Meminta pasien mengulang cara yang diajarkan
Alasan: Merupakan tahapan dalam evaluasi objektif
- Jadi jawaban yang tepat adalah menanyakan perasaan setelah diajarkan, dimana bertujuan mengevaluasi respon pasien dengan jawaban dari pasien.

29. Kunci Jawaban : E. Menjelaskan pentingnya perawatan diri

Kata Kunci : Menyendiri, tidak merawat diri

Pembahasan :

Pasien dengan masalah Defisit perawatan diri, membutuhkan arahan untuk mengetahui pentingnya perawatan diri, cara mandi, cara berhias, cara makan dan minum, cara BAB dan BAK. Mari tinjau setiap pilihan jawabannya:

A. Mengajarkan cara mandi

Alasan: pasien memang belum mandi, namun dikarenakan pasien merasa tidak membutuhkan mandi.

B. Mengajari cara berdandan

Alasan: berhias atau berdandan merupakan tahapan yang diajarkan pada pasien setelah memiliki kemampuan membersihkan diri

C. Mengajarkan cara toileting

Alasan: tidak ada data dalam kasus.

D. Melatih cara makan dan minum

Alasan: Tidak ada data dalam kasus.

E. Menjelaskan pentingnya perawatan diri

Alasan: pasien mengatakan bahwa dirinya tidak membutuhkan merawat diri, sehingga pasien tidak membersihkan diri dan berpenampilan seperti pada kasus.

Jadi jawaban yang tepat adalah menjelaskan pentingnya perawatan diri, karena pasien belum memahami hal tersebut dan merasa tidak butuh.

30. **Kunci Jawaban : B. Peran Diri**
Kata Kunci : Merasa gagal, sering dibicarakan, malu
Pembahasan :

Komponen konsep diri terdiri dari 5: Gambaran diri (persepsi terhadap tubuh), ideal diri (persepsi bagaimana berperilaku sesuai standar pribadi), harga diri (penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai), identitas diri (kesadaran diri sendiri, perasaan berbeda dengan orang lain, berhubungan jenis kelamin), peran diri pola perilaku yang diharapkan secara sosial tentang fungsi individu dalam kelompok). Mari tinjau setiap pilihan jawabannya:

A. Ideal Diri

Alasan: tidak menjadi masalah pada kasus. pasien mengasuh anak sesuai kemampuannya.

B. Peran Diri

Alasan: jawaban yang sesuai, karena menunjukkan fungsi individu terhadap orang lain atau social. Merasa menjadi orang tua yang gagal.

C. Harga diri

Alasan: tidak menjadi masalah dalam kasus.

D. Identitas Diri

Alasan: tidak ada masalah terhadap pasien, pasien seorang laki-laki

E. Gambaran Diri

Alasan: tidak menjadi masalah pada diri pasien.

Jadi jawaban yang tepat adalah Peran diri, karena pasien merasa gagal menjadi orang tua, dan selalu dibicarakan oleh keluarga, sehingga mengalami gangguan pada fungsi diri terhadap sosial.

31. Kunci Jawaban : E. Gangguan sensori persepsi: halusinasi
- Kata Kunci : Kesehatan mental, Halusinasi, Masalah Keperawatan
- Pembahasan :
- A. Isolasi Sosial
Alasan: Isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.
 - B. Defisit perawatan diri
Alasan: suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor. bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.
 - C. Risiko perilaku kekerasan
Alasan: kondisi dimana tingkah lalu seseorang yang mudah dipengaruhi dan dapat beresiko membahayakan diri individu tersebut, orang didekatnya dan barang-barang disekitar pasien. Kondisi ini terjadi karena perilaku yang disertai dengan amuk, gaduh gelisah tak terkontrol.
 - D. Gangguan Orientasi Realita: waham
Alasan: keyakinan yang salah yang dipegang teguh oleh individu, meskipun bukti nyata menunjukkan sebaliknya.
 - E. Gangguan sensori persepsi: halusinasi
Alasan: persepsi sensorik yang salah, di mana seseorang mengalami sensasi yang sebenarnya tidak ada di lingkungan sekitarnya. Halusinasi dapat melibatkan semua panca indera.

Jadi, jawaban yang tepat untuk Diagnosa keperawatan yang paling tepat pada kasus dalam kasus ini adalah e. Gangguan persepsi sensorik: Halusinasi, dimana Halusinasi merupakan persepsi sensorik yang salah, di mana seseorang mengalami sensasi yang sebenarnya tidak ada di lingkungan sekitarnya dan Halusinasi dapat melibatkan semua panca indera.

32. Kunci Jawaban : B. Harga Diri Rendah
Kata Kunci : Kesehatan mental, masalah keperawatan, Harga Diri rendah
- Pembahasan :
- A. Isolasi Sosial
 - Alasan: Isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.
 - B. Harga Diri Rendah
 - Alasan: penilaian tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri, perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri.
 - C. Defisit perawatan diri
 - Alasan: suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor. bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.
 - D. Risiko perilaku kekerasan
 - Alasan: kondisi dimana tingkah lalu seseorang yang mudah dipengaruhi dan dapat beresiko membahaya-

kan diri individu tersebut, orang didekatnya dan barang-barang disekitar pasien. Kondisi ini terjadi karena perilaku yang disertai dengan amuk, gaduh gelisah tak terkontrol

E. Gangguan Orientasi Realita: waham

Alasan: keyakinan yang salah yang dipegang teguh oleh individu, meskipun bukti nyata menunjukkan sebaliknya

Gangguan Sensor persepsi: Halusinasi

Alasan: persepsi sensorik yang salah, dimana seseorang mengalami sensasi yang sebenarnya tidak ada di lingkungan sekitarnya. Halusinasi dapat melibatkan semua panca indera.

Jadi, jawaban yang tepat untuk masalah keperawatan yang paling tepat pada kasus dalam kasus ini adalah b, Harga Diri Rendah, dimana tanda dan gejala nya klien tidak mampu melakukan apapun, selalu mengeluh tidak mampu, menyendiri. Dan perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri

33. Kunci Jawaban : A. Halusinasi Pendengaran
Kata Kunci : Kesehatan mental, Halusinasi, masalah keperawatan

Pembahasan :

A. Halusinasi Pendengaran

Alasan: halusinasi yang dimana seseorang mendengar suara-suara atau kebisingan bahkan seseorang dapat mendengar perkataan untuk melakukan sesuatu yang terkadang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

B. Halusinasi Penglihatan (Visual)

Alasan: Halusinasi penglihatan yaitu halusinasi dimana seseorang melihat sesuatu seperti bentuk kilat cahaya, gambar geometris, gambar kartun, bayangan yang

rumit atau komplek. Selain itu, klien yang mengalami halusinasi penglihatan biasanya melihat bayangan biaf menyenangkan atau menakutkan seperti monster.

C. Halusinasi Penghidu (Alfactory)

Alasan: Halusinasi penghidu merupakan halusinasi yang berhubungan dengan membau bau-bauan tertentu dan biasanya mencium baubauan yang tidak menyenangkan seperti klien mencium bau darah, urine atau feses.

Halusinasi pengecapan (Gustatory)

D. Alasan: Seseorang yang mengalami halusinasi pengecapan biasanya merasa memakan atau mengecap sesuatu yang tidak menyenangkan bahkan sesuatu yang menjijikkan seperti merasakan rasa darah, urine, atau feses.

E. Halusinasi Perabaan (Tactile)

Alasan: Seseorang yang mengalami halusinasi perabaan akan mengalami sesuatu yang nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas seperti merasakan kesetrum listrik, benda mati yang menjalar di badan.

Jadi, jawaban yang tepat untuk masalah keperawatan yang paling tepat pada kasus dalam kasus ini adalah A. Halusinasi Pendengaran, dimana halusinasi yang dimana seseorang mendengar suara-suara atau kebisingan bahkan seseorang dapat mendengar perkataan untuk melakukan sesuatu yang terkadang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

34. Kunci Jawaban : C. Melatih pasien cara spiritual

Kata Kunci : Kesehatan mental, intervensi keperawatan, implementasi

'Pembahasan' :

A. Mengurangi stimulus

Alasan: peran perawat memberikan asuhan

keperawatan pada klien dengan memanipulasi stimulus yang datang dari lingkungan yang akhirnya menimbulkan coping yang positif.

B. Memberikan aktivitas fisik

Alasan: memberikan aktivitas fisik merupakan intervensi pertemuan ke tiga.

C. Melatih pasien cara spiritual

Alasan: memberikan tindakan keperawatan langkah ke empat, sesudah klien mendapatkan terapi obat dan lingkungan.

D. Melatih pasien patuh minum obat dengan prinsip 6 benar

Alasan: tindakan keperawatan kedua kepada klien sesudah dilakukan tindakan pengkajian masalah

E. Memberi kesempatan pasien mengungkapkan rasa marahnya

Alasan: tindakan keperawatan tahap pertama yang dilakukan

Jadi, jawaban yang tepat untuk tahap selanjutnya strategi pelaksanaan yang paling tepat pada kasus dalam kasus ini adalah C. Melatih cara Spiritual. Karena klien sudah mampu melaksanakan SP 1, SP2, Sp3. Selanjutnya SP4: yaitu melatih berdoa, bersyukur, (spiritual).

35. Kunci Jawaban : E. Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan, rujukan segera ke rumah sakit

Kata Kunci : Kesehatan mental, pendidikan kesehatan keluarga

Pembahasan :

A. Mendiskusikan cara meningkatkan harga diri

Alasan: melakukan tindakan keluarga untuk mendiskusikan bagaimana mana klien mampu melakukan aktivitas seperti: mampu menyapu, mencuci piring dan lain sebagainya.

- B. Mendiskusikan cara melatih melakukan kegiatan positif
Alasan: keluarga memberikan latihan dan memberikan pandangan positif pada klien
- C. Mendiskusikan cara membantu berorientasi dengan realita
Alasan: keluarga memberikan tindakan cara berorientasi secara realita: hari ini siang, istirahat tidur siang bagus untuk tubuh
- D. Mendiskusikan cara melatih melakukan aktivitas sesuai jadwal
Alasan: keluarga memberikan latihan dan jadwal kegiatan di rumah serta memberikan pandangan positif pada klien
- E. Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan, rujukan segera ke rumah sakit.
Alasan: Keluarga mendiskusikan tanda dan gejala klien ketika terjadi kekambuhan, dan membawa ke Rumah Sakit Jiwa untuk mendapatkan pengobatan selanjutnya.
- Jadi, jawaban yang tepat untuk tahap selanjutnya pelaksanaan oleh keluarga yang paling tepat pada kasus dalam kasus ini adalah, E. Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan, rujukan segera ke rumah sakit. Karena klien sudah pulang dari Rumah Sakit Jiwa, keluarga harus memperhatikan kekambuhan tanda gejala si klien, perlu diskusi keluarga. Karena tidak mampu diatasi oleh keluarga.

36. Kunci Jawaban : B. Bantu Pasien mengungkapkan perasaanya
Kata Kunci : Kesehatan mental, SP, Perilaku kekerasan

Pembahasan :

- A. Bina Hubungan Saling Percaya

Alasan: melakukan tindakan keperawatan membina hubungan saling percaya dilakukan untuk langkah pertama

- B. Bantu Klien mengungkapkan perasaanya

Alasan: melakukan tindakan keperawatan mengkaji keluhan apa yang dirasakan oleh klien

- C. Mengidentifikasi tanda perilaku kekerasannya

Alasan: melakukan tindakan keperawatan mengidentifikasi kelompok masalah keperawatan

- D. Diskusikan dengan Klien Perilaku kekerasan yang dilakukan selama ini

Alasan: melakukan tindakan keperawatan mendiskusikan tindakan yang dapat dilakukan klien

- E. Bicarakan akibat dan kerugian cara yang dilakukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan

Alasan: melakukan implementasi keperawatan memberikan resiko dari tindakan melukai diri sendiri, orang lain

Jadi, jawaban yang tepat untuk tahap selanjutnya pelaksanaan (SP) yang paling tepat pada kasus ini adalah B. Bantu Klien mengungkapkan perasaanya. Karena kalau sudah dilakukan SP.1 yaitu membina hubungan saling percaya. Selanjut harus dikaji keluhan klien tersebut.

37. Kunci Jawaban : B. Defisit Perawatan diri

Kata Kunci : Kesehatan mental, Diagnosa

keperawatan, Defisit Perawatan Diri

Pembahasan :

- A. Gangguan Sensore persepsi: Halusinasi

Alasan: persepsi sensorik yang salah, di mana seseorang mengalami sensasi yang sebenarnya tidak ada di lingkungan sekitarnya. Halusinasi dapat melibatkan semua panca indera.

B. Defisit perawatan diri

Alasan: suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor. bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.

C. Risiko perilaku kekerasan

Alasan: kondisi dimana tingkah lalu seseorang yang mudah dipengaruhi dan dapat beresiko membahayakan diri individu tersebut, orang didekatnya dan barang-barang disekitar pasien. Kondisi ini terjadi karena perilaku yang disertai dengan amuk, gaduh gelisah tak terkontrol

D. Isolasi Sosial

Alasan: Isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

E. Gangguan Orientasi Realita: waham

Alasan: keyakinan yang salah yang dipegang teguh oleh individu, meskipun bukti nyata menunjukkan sebaliknya.

Jadi, jawaban yang tepat untuk masalah keperawatan yang paling tepat pada kasus ini adalah e, Defisit perawatan diri, karena suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor. bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi. Sesuai dengan tanda dan gejala kasus tersebut.

38. Kunci Jawaban : A. Isolasi Sosial
Kata Kunci : Kesehatan mental,
Diagnosa keperawatan, isolasi sosial
Pembahasan :
A. Isolasi Sosial
Alasan: Isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.
- B. Halusinasi
Alasan: persepsi sensorik yang salah, di mana seseorang mengalami sensasi yang sebenarnya tidak ada di lingkungan sekitarnya. Halusinasi dapat melibatkan semua panca indera.
- C. Defisit perawatan diri
Alasan: suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.
- D. Gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah
Alasan: Penilaian tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri, perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri.
- E. Risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.
Alasan: kondisi dimana tingkah lalu seseorang yang mudah dipengaruhi dan dapat beresiko membahayakan diri individu tersebut, orang didekatnya dan barang-barang disekitar pasien.

Kondisi ini terjadi karena perilaku yang disertai dengan amuk, gaduh gelisah tak terkontrol.

Jadi, jawaban yang tepat untuk diagnosa keperawatan yang paling tepat pada kasus ini adalah A. Isolasi sosial, karena Isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain. Tanda dan gejala sesuai dengan definisi.

39. Kunci Jawaban : B. Halusinasi Penglihatan
Kata Kunci : Kesehatan mental, Halusinasi, tanda dan gejala Halusinasi, Hasil pengukuran berulang-ulang.

Pembahasan :

- A. Halusinasi Pendengaran

Alasan: halusinasi yang dimana seseorang mendengar suara-suara atau kebisingan bahkan seseorang dapat mendengar perkataan untuk melakukan sesuatu yang terkadang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

- B. Halusinasi Penglihatan (Visual)

Alasan: Halusinasi penglihatan yaitu halusinasi dimana seseorang melihat sesuatu seperti bentuk kilat cahaya, gambar peometris, gambar kartun, bayangan yang rumit atau kompleks. Selain itu, klien yang mengalami halusinasi penglihatan biasanya melihat bayangan biaf menyenangkan atau menakutkan seperti monster.

- C. Halusinasi Perabaan (Tactile)

Alasan: Seseorang yang mengalami halusinasi perabaan akan mengalami sesuatu yang nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas seperti merasakan kesetrum listrik, benda mati yang menjalar di badan.

D. Halusinasi Penghidu (Alfactory)

Alasan: Halusinasi penghidu merupakan halusinasi yang berhubungan dengan membau bau-bauan tertentu dan biasanya mencium baubauan yang tidak menyenangkan seperti klien mencium bau darah, urine atau feses.

E. Halusinasi pengecapan (Gustatory)

Alasan: Seseorang yang mengalami halusinasi pengecapan biasanya merasa memakan atau mengecap sesuatu yang tidak menyenangkan bahkan sesuatu yang menjijikkan seperti merasakan rasa darah, urine, atau feses.

Jadi, jawaban yang tepat untuk diagnosa keperawatan yang paling tepat pada kasus ini adalah A. Halusinasi Penglihatan (Visual). Karena Halusinasi penglihatan yaitu halusinasi dimana seseorang melihat sesuatu seperti bentuk kilat cahaya, gambar peometris, gambar kartun, bayangan yang rumit atau komplek. Selain itu, klien yang mengalami halusinasi penglihatan biasanya melihat bayangan biaf menyenangkan atau menakutkan seperti monster.

40. Kunci Jawaban : C. Membaca majalah/Koran/Atikel
Kata Kunci : Kesehatan mental, Terapi aktivitas Kelompok (TAK)

Pembahasan :

A. Gambar

Alasan: pada kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) masalah keperawatan perilaku kekerasan langkah ketiga adalah menggambar.

B. Menonton Televisi

Alasan: pada kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) masalah keperawatan perilaku kekerasan langkah pertama adalah menonton Televisi.

- C. Membaca majalah/ Koran/Artikel
Alasan: pada kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) masalah keperawatan perilaku kekerasan langkah ketiga adalah membaca majalah/ Koran/Artikel.
- D. Mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan fisik
Alasan: tindakan keperawatan tahap pelaksanaan yaitu Mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan fisik
- E. Mengenal Perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
Alasan: tindakan keperawatan tahap pengkajian yaitu Mengenal Perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.
Jadi, jawaban yang tepat untuk diagnosa keperawatan yang paling tepat pada kasus ini adalah C. Membaca majalah/ Koran/Artikel. Karena pada kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) masalah keperawatan perilaku kekerasan langkah ketiga adalah membaca majalah/ Koran/Artikel.

- 41. Kunci Jawaban : C. Plasenta Previa**
Kata Kunci : Perdarahan tanpa nyeri, plasenta terletak rendah pada rahim, menutup leher rahim.
Pembahasan :
Dalam kasus ini, komplikasi utama untuk membantu klien dengan gejala plasenta previa berdasarkan data pengkajian yaitu mengalami perdarahan tanpa rasa nyeri adalah sangat penting. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:
A. Abortus
Alasan: Abortus atau keguguran adalah kematian janin. Biasanya gejala yang muncul dapat berupa perdarahan vagina, nyeri / kram perut bagian bawah dan keluarnya jaringan dari rahim dan gejala ini tidak terdapat pada kasus diatas.
B. Preeklamsia
Alasan: Preeklamsia adalah salah satu komplikasi dalam kehamilan yang berpotensi berbahaya yang biasanya

ditandai dengan tekanan darah yang tinggi sedangkan pada kasus diatas tensi darah pasien masih dalam batas normal.

C. Plasenta previa

Alasan: Plasenta previa adalah salah satu komplikasi dalam kehamilan yang juga sangat berpotensi bahaya karena plasenta previa adalah suatu kondisi dimana plasenta terletak atau berada dibagian bawah rahim yang dapat menutup sebagian atau seluruh leher rahim/jalan lahir. Kondisi ini dapat menyebabkan perdarahan yang hebat tanpa rasa nyeri pada perut yang dapat mengancam nyawa ibu dan juga janin. Tanda dan gejala yang timbul pada kasus tersebut adalah penyebab terjadinya plasenta previa.

D. Solusio plasenta

Alasan: Solusio plasenta juga termasuk ke dalam komplikasi dalam kehamilan yang berpotensi berbahaya karena solusio plasenta terjadi ketika plasenta terlepas dari dinding rahim (uterus) sebelum melahirkan. Biasanya gejala yang muncul paling umum adanya pendarahan vagina dan kontraksi rahim yang menyakitkan.

E. Diabetes Gestasional

Alasan: Diabetes gestasional merupakan salah satu dari komplikasi dalam kehamilan dengan gejala meningkatnya kadar gula darah selama kehamilan akibat tubuh tidak mampu memproduksi cukup insulin untuk mengimbangi perubahan hormone dan gejala ini tidak termasuk kedalam kasus diatas.

Jadi, jawaban yang tepat untuk komplikasi utama dalam kasus ini adalah C. Plasenta previa. Ini karena pada kasus tersebut sudah disebutkan bahwa gejala yang dialami oleh pasien adalah terjadinya perdarahan tanpa ada rasa sakit/nyeri, ketika di USG didapatkan plasenta terletak rendah pada rahim sehingga menutupi leher rahim.

42. Kunci Jawaban : A. Amniotomi
Kata Kunci : Kepala janin sudah turun, bukaan 10 cm,
Air ketuban masih utuh

Pembahasan :

Dalam kasus ini, tindakan utama untuk membantu klien dengan gejala pada kasus tersebut yaitu amniotomi. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Amniotomi

Alasan: Amniotomi atau ketuban pecah buatan adalah tindakan untuk membuka selaput amnion dengan jalan membuat robekan kecil yang kemudian akan melebar secara spontan akibat gaya berat cairan dan adanya tekanan didalam rongga amnion. Tindakan ini dapat dilakukan apabila selaput ketuban masih utuh/belum pecah, telah terjadi pembukaan lengkap dan ibu meneran spontan.

B. Episiotomi

Alasan: Episiotomi merupakan prosedur medis yang dilakukan pada saat persalinan untuk membuat sayatan pada perenium yaitu area antara vagina dan anus yang tujuannya adalah untuk memperlebar jalan lahir sehingga memudahkan bayi keluar. Episiotomi dapat dilakukan pada kala II persalinan untuk mengurangi robekan perineum yang parah.

C. Memimpin persalinan

Alasan: Kegiatan yang dilakukan oleh penolong persalinan untuk membantu ibu melahirkan bayi dan memastikan proses persalinan yang baik dan berjalan dengan lancar dan menghasilkan bayi serta ibu yang sehat dan selamat. Memimpin persalinan membantu melahirkan bayi akan terhambat jika ketuban masih utuh.

D. Pemeriksaan dalam ulang

Alasan: Pemeriksaan yang dilakukan dengan memasukkan jari ke dalam liang senggama untuk

mengetahui sudah in partu/belum dan dilakukan untuk mengetahui kemajuan persalinan, menetapkan titik awal persalinan dan meramalkan perjalanan persalinan. Pemeriksaan dalam ulang tidak perlu dilakukan karena pada kasus tersebut sudah jelas menyebutkan pembukaan 10 cm.

E. Cek denyut jantung janin

Alasan: Denyut jantung janin perlu dipantau terutama pada saat proses persalinan dan sesaat setelah bayi lahir dengan menggunakan peralatan khusus (Doppler) karena cek denyut jantung janin dapat dilakukan nanti setelah bayi lahir.

Jadi, jawaban yang tepat untuk tindakan utama dalam kasus ini adalah A. Amniotomi. Ini karena pada kasus tersebut amniotomi harus segera dilakukan dengan tanda gejala yang ditunjukkan dalam kasus tersebut yaitu kepala janin sudah turun, pembukaan 10 cm dan air ketuban masih utuh. Jika amniotomi tidak dilakukan akan menghambat proses persalinan.

43. Kunci Jawaban : E. Mengobsevasi denyut jantung janin

Kata Kunci : Keluar lendir darah, pembukaan 5cm, portio lunak, selaput ketuban (+)

Pembahasan :

Dalam kasus ini, tindakan utama untuk membantu klien dengan gejala pada kasus tersebut yaitu mengobservasi denyut jantung janin. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Melengkapi anamnesa

Alasan: Anamnesa dilakukan untuk mengumpulkan informasi tentang kondisi kesehatan pasien atau keluarga pasien yang tujuannya untuk membantu tenaga medis mengidentifikasi keluhan dan gejala pasien sehingga dapat menentukan langkah selanjutnya dalam proses diagnosis dan pengobatan.

B. Memecahkan ketuban

Alasan: Prosedur ini dilakukan oleh dokter untuk memecahkan kantung ketuban secara manual dengan alat khusus seperti amnihook atau amnicot. Prosedur ini dilakukan untuk mempercepat persalinan dan kontraksi serta untuk memantau kondisi janin. Prosedur ini biasanya dilakukan ketika kantong ketuban belum pecah menjelang persalinan atau jika persalinan berlangsung lama. Pilihan ini belum cocok untuk kasus tersebut karena amniotomi dilakukan pada kondisi ketuban masih utuh.

C. Memimpin persalinan

Alasan: Kegiatan yang dilakukan oleh penolong persalinan untuk membantu ibu melahirkan bayi dan memastikan proses persalinan yang baik dan berjalan dengan lancar dan menghasilkan bayi serta ibu yang sehat dan selamat. Tindakan ini belum dapat dilakukan karena pembukaan masih 5cm.

D. Melakukan periksa dalam

Alasan: pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah ibu sudah siap untuk melahirkan, menetapkan titik awal persalinan dan meramalkan perjalanan persalinan. Pemeriksaan ini dilakukan dengan memasukkan jari ke dalam vagina untuk memeriksa pembukaan serviks, kapasitas panggul letak janin dan lainnya. Pemeriksaan ini bukan pilihan karena pada kasus disebutkan hasil pemeriksaan dalam 5 cm.

E. Mengobservasi denyut jantung janin

Alasan: Observasi denyut jantung janin dilakukan untuk mengetahui kondisi janin. Denyut jantung janin juga merupakan salah satu komponen penting dalam pemeriksaan ibu hamil. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi dini kegawatan janin yang dapat menyebabkan kematian.

Jadi, jawaban yang tepat untuk tindakan utama dalam kasus ini adalah E. Mengobservasi denyut jantung janin. Ini karena pada kasus disebutkan bahwa tanda dan gejala yang dialami oleh pasien adalah keluar lendir darah, pembukaan 5 cm, portio lunak dan selaput ketuban (+).

44. Kunci Jawaban : B. Cemas berhubungan dengan proses persalinan
Kata Kunci : Terlihat tegang, menanyakan apakah dia bisa melahirkan dengan normal
Pembahasan :
Dalam kasus ini, diagnosa utama pada kasus diatas yaitu B. Cemas berhubungan dengan proses persalinan. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:
A. Nyeri berhubungan dengan kontraksi rahim
Alasan: Pada hasil pemeriksaan tidak didapatkan hasil yang menyatakan adanya keluhan nyeri pada kasus tersebut
B. Cemas berhubungan dengan proses persalinan
Alasan: Pada hasil pemeriksaan yang dilakukan didapatkan hasil yang menyatakan bahwa klien terlihat tegang dan menanyakan apakah dia bisa melahirkan dengan normal.
C. Kurang volume cairan berhubungan dengan output berlebihan
Alasan: Pada hasil pemeriksaan untuk kasus tersebut tidak didapatkan hasil yang menyatakan adanya kekurangan volume cairan pada klien.
D. Resiko cidera maternal berhubungan dengan proses persalinan
Alasan: Biasanya resiko cidera dibuktikan dengan faktor resiko usia ibu, paritas yang banyak, riwayat persalinan sebelumnya dan lainnya namun keluhan tersebut tidak ada dalam hasil anamnesis pada kasus tersebut.

- E. Resiko terjadinya penyulit persalinan berhubungan dengan persalinan tak maju

Alasan: Pada hasil pemeriksaan tidak ditemukan data yang menunjukkan bahwa dapat terjadinya resiko penyulit untuk kasus tersebut.

Jadi, jawaban yang tepat untuk diagnosa keperawatan dalam kasus ini adalah B. Cemas berhubungan dengan proses persalinan. Ini karena pada kasus disebutkan bahwa klien terlihat tegang dan menanyakan apakah dia bisa melahirkan dengan normal.

- 45. Kunci Jawaban : B. Melahirkan plasenta**
Kata Kunci : TFU setinggi pusat, HIS bertambah (+), tali pusat memanjang

Pembahasan :

Dalam kasus ini, tindakan utama pada kasus tersebut yaitu B. Melahirkan plasenta. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

- A. Menjahit perineum

Alasan: Prosedur yang dilakukan untuk menjahit kembali luka pada perineum dan vagina setelah persalinan. Prosedur ini dilakukan untuk menghentikan perdarahan dan mempercepat penyembuhan luka. Pada kasus diatas belum tepat untuk melakukan penjahitan dikarenakan proses persalinan belum selesai.

- B. Melahirkan plasenta

Alasan: Melahirkan plasenta merupakan kala 3 dalam persalinan setalah bayi lahir proses ini penting karena plasenta yang tertahan dapat menyebabkan perdarahan atau bahaya lainnya. Pada kasus tersebut sudah terlihat tanda-tanda kala III yang menyatakan bahwa TFU setinggi pusat, HIS (+) dan tali pusat memanjang.

- C. Resusitasi bayi baru lahir

Alasan: Pada hasil pemeriksaan untuk kasus tersebut tidak ditemukannya indikasi untuk melakukan resusitasi pada bayi baru lahir.

D. Menghentikan perdarahan

Alasan: Pada hasil pemeriksaan tidak ditemukan indikasi terjadinya perdarahan jadi tidak ada tindakan untuk menghentikan perdarahan pada kasus tersebut.

E. Mengobservasi perdarahan

Alasan: Tanda-tanda perdarahan antara lain yaitu perdarahan yang sangat banyak dan sulit dikendalikan, peningkatan denyut jantung, tekanan darah menurun, pucat atau pingsan, nyeri perut hebat dan lain-lain, pada kasus diatas tidak ada indikasi untuk melakukan observasi perdarahan.

Jadi, jawaban yang tepat untuk tindakan utama dalam kasus ini adalah B. Melahirkan plasenta. Ini karena pada kasus disebutkan tanda - tanda kala III yang menyatakan TFU setinggi pusat, HIS (+) dan tali pusat memanjang.

46. Kunci Jawaban : A. Menghentikan infus oksitosin

Kata Kunci : Prioritas, sedang melakukan induksi persalinan, kontraksi muncul setiap 2 sampai 3 menit dengan durasi kontraksi 60 detik

Pembahasan :

Dalam kasus ini, prioritas utama pada kasus tersebut yaitu A. menghentikan infus oksitosin. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Menghentikan infus oksitosin

Alasan: Tindakan prioritas adalah dengan menghentikan infus oksitosin. Oksitosin dapat menyebabkan kontraksi uterus yang kuat dan penurunan oksigen pada plasenta, sehingga menyebabkan penurunan pada beberapa kondisi. Setelah menghentikan infus oksitosin perawat harus segera mengatur posisi, memberikan oksigen

serta meningkatkan tetesan cairan infus (tanpa oksitosin) dan pada kasus tersebut sudah terjadi kontraksi dan muncul setiap 2 sampai 3 menit, dengan durasi kontraksi 60 detik.

B. Meningkatkan jumlah tetesan cairan infus

Alasan: Perawat dapat meningkatkan jumlah tetesan cairan infus dengan atau tanpa pemberian oksitosin sesuai dengan instruksi dokter. Pada kasus tersebut pasien sedang terpasang infus oksitosin dan sudah menunjukkan adanya kontraksi muncul setiap 2 sampai 3 menit dengan durasi kontraksi 60 detik jadi bukan prioritas untuk meningkatkan jumlah tetesan cairan infus.

C. Memberitahukan pada petugas kesehatan yang lain

Alasan: Tindakan ini dapat diambil dalam situasi ini setelah prioritas teratasi dengan baik.

D. Memberikan oksigen masker 8 sampai 10 liter/menit

Alasan: Perawat dapat memberikan oksigen setelah adanya indikasi atau instruksi dokter untuk pemberian oksigen dengan menggunakan oksigen masker. Pada kasus tersebut tidak ada hasil pemeriksaan yang menunjukkan bahwa diperlukan pemberian oksigen masker 8-10 liter/menit.

E. Menghubungi pihak keluarga klien agar berada ditempat

Alasan: Dalam kasus tersebut tindakan untuk menghubungi pihak keluarga pasien bukan termasuk dalam tindakan prioritas saat ini.

Jadi, jawaban yang tepat untuk tindakan prioritas utama dalam kasus ini adalah A. Menghentikan infus oksitosin. Ini karena pada kasus tersebut oksitosin dapat menyebabkan kontraksi uterus yang kuat dan penurunan oksigen pada plasenta, sehingga menyebabkan penurunan pada beberapa kondisi. Setelah menghentikan infus oksitosin perawat harus segera mengatur posisi, memberikan

oksigen serta meningkatkan tetesan cairan infus (tanpa oksitosin) dan pada kasus tersebut sudah terjadi kontraksi dan muncul setiap 2 sampai 3 menit, dengan durasi kontraksi 60 detik.

47. Kunci Jawaban : E. Melakukan pemeriksaan dalam
Kata Kunci : Perdarahan tanpa nyeri, plasenta previa marginali

Pembahasan :

Dalam kasus ini, prioritas utama pada kasus yang harus dihindari oleh perawat yaitu E. Melakukan pemeriksaan dalam. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Observasi kontraksi

Alasan: Dilakukan selama kala I persalinan, yaitu ketika kontraksi uterus mulai terjadi. Kontraksi merupakan salah satu tanda bahwa kehamilan telah mendekati waktu persalinan sedangkan pada kasus tersebut belum ada tanda persalinan.

B. Palpasi maneuver leopold

Alasan: Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara meraba perut dan panggul ibu hamil untuk mengetahui posisi, berat dan presentasi janin. Pada kasus tersebut belum menjadi prioritas utama karena fokus pada keluhan utama dan hasil pemeriksaan plasenta previa marginalis.

C. Mengukur tanda-tanda vital

Alasan: Pemeriksaan yang dilakukan untuk mendeteksi perubahan sistem tubuh meliputi suhu tubuh, frekuensi pernapasan dan tekanan darah. Pada kasus tersebut tanda-tanda vital klien dalam batas normal.

D. Pemeriksaan tinggi fundus uteri

Alasan: Pengukuran jarak antara tulang pubis dan bagian atas Rahim yang dilakukan untuk memantau pertumbuhan janin dan mendeteksi komplikasi

kehamilan. Pada kasus tersebut belum menjadi prioritas utama karena fokus pada keluhan utama dan hasil pemeriksaan yang menunjukkan adanya plasenta previa marginalis.

E. Melakukan pemeriksaan dalam

Alasan: Pemeriksaan dalam dilakukan untuk menilai pembukaan, penipisan serviks, penurunan bagian terbawah janin, ketuban, keadaan panggul serta kelainan jalan lahir. Pemeriksaan dalam merupakan kontra indikasi pada kasus plasenta previa karena pemeriksaan dalam dapat menstimulasi perdarahan lebih banyak lagi dan dapat membahayakan klien dan janin nya. Sehingga ini adalah prioritas utama yang harus dihindari oleh perawat untuk dilakukan pada pasien dengan plasenta previa.

Jadi, jawaban yang tepat untuk tindakan prioritas utama dalam kasus ini adalah E. Melakukan pemeriksaan dalam. Ini karena pada kasus tersebut jika melakukan pemeriksaan dalam sangat berbahaya sebab pemeriksaan dalam merupakan kontra indikasi pada kasus plasenta previa karena pemeriksaan dalam dapat menstimulasi perdarahan lebih banyak lagi dan dapat membahayakan klien dan janin nya. Sehingga ini adalah prioritas utama yang harus dihindari oleh perawat untuk dilakukan pada pasien dengan plasenta previa.

48. Kunci Jawaban : C. Distosia Bahu

Kata Kunci : Inpartu, tidak mengalami putaran paksi luar, bahu menyangkut dijalan lahir

Pembahasan :

Dalam kasus ini, komplikasi persalinan yang dapat terjadi pada kasus tersebut yaitu C. Distosia bahu. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Preeklamsia

Alasan: Preeklamsia adalah salah satu komplikasi dalam kehamilan yang berpotensi berbahaya yang biasanya ditandai dengan tekanan darah yang tinggi sedangkan pada kasus tersebut tensi darah pasien masih dalam batas normal.

B. Partus lama

Alasan: Persalinan yang berlangsung lama atau terhambat sehingga janin tidak dapat turun meskipun kontraksi uterus kuat. Pada kasus tersebut persalinan berlangsung lama karena bahu bayi menyangkut di jalan lahir. Sehingga partus lama bukan menjadi pilihan karena partus lama terjadi karena keadaan bahu bayi menyangkut di jalan lahir (distosia bahu), dan data terkait waktu persalinan juga tidak ada, sehingga tidak cukup kuata untuk menegakkan masalah partus lama.

C. Distosia bahu

Alasan: Sesuai dengan data pemeriksaan pada kasus tersebut didapatkan bahwa proses persalinan (inpartu) ternyata setelah kepala lahir, namun bayi tidak mengalami putaran paksi luar, bahunya menyangkut di jalan lahir. Distosia bahu adalah suatu kondisi kegawatdaruratan obstetri pada persalinan pervaginam dimana bahu janin gagal lahir secara spontan setelah lahirnya kepala janin. Tingkat insidensi distosia bahu kurang lebih sebesar 0,6-1,4 % dari seluruh persalinan pervaginam.

D. Solusio plasenta

Alasan: Solusio plasenta juga termasuk ke dalam komplikasi dalam kehamilan yang berpotensi berbahaya karena solusio plasenta terjadi ketika plasenta terlepas dari dinding rahim (uterus) sebelum melahirkan. Biasanya gejala yang muncul paling umum adanya pendarahan vagina dan kontraksi rahim yang menyakitkan dan data tersebut pada kasus tidak ada.

E. Oligohidroamnion

Alasan: Kondisi ketika jumlah cairan ketuban pada ibu hamil terlalu sedikit. Pada kasus tersebut tidak ada tanda-tanda yang menunjukkan terjadinya oligohidroamnion

Jadi, jawaban yang tepat untuk komplikasi persalinan dalam kasus ini adalah C. Distosia bahu. Ini karena pada kasus tersebut dalam proses persalinan (in partu) ternyata setelah kepala bayi lahir namun bayi tidak mengalami putaran paksi luar, bahunya menyangkut di jalan lahir. Distosia bahu adalah suatu kondisi kegawatdaruratan obstetri pada persalinan pervaginam dimana bahu janin gagal lahir secara spontan setelah lahirnya kepala janin.

- 49. Kunci Jawaban : A. Nyeri b.d kontraksi rahim**
Kata Kunci : Mengeluh nyeri, terlihat selalu meringis, His teratur 3-4x/ 10 menit, lamanya 40 detik

Pembahasan :

Dalam kasus ini, diagnosa keperawatan yang tepat pada kasus tersebut yaitu A. Nyeri b.d kontraksi rahim. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Nyeri b.d kontraksi rahim

Alasan: Nyeri saat persalinan yang disebabkan oleh kontraksi rahim merupakan respon alami tubuh terhadap kerusakan jaringan saat melahirkan. Nyeri ini terjadi karena kontraksi otot rahim yang menyebabkan pembukaan pada mulut rahim. Pada kasus tersebut didapatkan hasil hamil aterm in partu, mengeluh nyeri, klien terlihat selalu meringis, his teratur 3-4x/ 10 menit, lamanya 40 detik.

B. Resiko cedera janin b.d uteroplasenta

Alasan: Dapat disebabkan oleh ukuran jani yang besar, malposisi janin, induksi persalinan, persalinan lama dan

lainnya. Pada kasus tersebut tidak ada tanda-tanda yang mengarah ke resiko cidera janin.

- C. Kurang volume cairan b.d output berlebihan

Alasan: Bisa disebabkan oleh perdarahan berat salah satunya persalinan. Pada kasus tersebut tidak ada tanda-tanda yang menunjukkan terjadinya kurang volume cairan.

- D. Resiko cidera maternal b.d proses persalinan

Alasan: Resiko cidera maternal dapat terjadi selama proses persalinan antara lain: rupture uterus, robekan vagina, episiotomy, perdarahan berlebihan, dan lainnya. Pada kasus tersebut tidak ada indikasi terjadinya resiko cidera maternal

- E. Resiko terjadinya penyulit persalinan b.d persalinan tak maju

Alasan: Persalinan yang lama dikatakan tidak maju apabila berlangsung lebih dari 20-24 jam pada ibu yang melahirkan untuk pertama kali. Pada kasus tersebut tidak ada hasil pemeriksaan yang menunjukkan resiko penyulit dalam persalinan.

Jadi, jawaban yang tepat untuk diagnosa keperawatan dalam kasus ini adalah A. Nyeri b.d kontraksi rahim. Ini karena nyeri saat persalinan yang disebabkan oleh kontraksi rahim merupakan respon alami tubuh terhadap kerusakan jaringan saat melahirkan. Nyeri ini terjadi karena kontraksi otot rahim yang menyebabkan adanya pembukaan pada mulut rahim. Pada kasus tersebut didapatkan hasil hamil aterm inpartu, mengeluh nyeri, klien terlihat selalu meringis, his teratur 3-4x/ 10 menit, lamanya 40 detik.

50. Kunci Jawaban : E. Mengkaji proses terjadinya oedem
Kata Kunci : Bengkak pada kedua tungkai kakinya

Pembahasan :

Dalam kasus ini, yang harus dikaji oleh perawat yaitu E. Mengkaji proses terjadinya oedem. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Mengkaji posisi tidur

Alasan: Ibu hamil disarankan tidur miring ke kiri selama kehamilan gunanya untuk memperlancar aliran darah, memastikan organ vital dan bayi menerima nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan. Posisi ini juga menurunkan kemungkinan terjadinya pembengkakan pada pergelangan kaki dan tungkai. Mengkaji posisi tidur bukan bagian dari fokus pengkajian tetapi bagian dari beberapa cara mengatasi oedem pada ibu hamil.

B. Mengkaji konsumsi garam

Alasan: Salah satu makanan penyebab pembengkakan atau edema adalah garam. Asupan garam yang tinggi membuat konsentrasi natrium dalam darah menjadi naik. Peningkatan kadar natrium ini menyebabkan tubuh menahan air lebih banyak untuk membantu mengencerkan natrium. Kondisi ini membuat volume darah meningkat dan memberikan tekanan ekstra pada pembuluh darah kecil (kapiler) yang bisa menyebabkan kebocoran. Cairan yang bocor dari kapiler akan masuk ke ruang ekstraseluler, sehingga membuat tubuh menjadi bengkak. Mengkaji konsumsi garam bukan fokus pengkajian tetapi bagian dari cara mengatasi atau menghindari terjadinya oedema pada ibu hamil.

C. Mengkaji berat badan ideal

Alasan: Meski berat badan normal, sebaiknya ibu tetap menjaga berat badan ideal saat hamil untuk menghindari kenaikan berat badan berlebihan. Kenaikan berat badan yang berlebih selama kehamilan dapat menjadi gejala preeklampsia, yang merupakan penimbunan cairan yang berlebihan dalam jaringan tubuh atau disebut edema. Pada kasus hasil

pemeriksaan tanda - tanda vital masih dalam batas normal jadi bukan pilihan yang tepat.

D. Mengkaji asupan air minum

Alasan: Ibu hamil dengan edema atau pembengkakan sebaiknya memperbanyak asupan air minum untuk membantu mengurangi pembengkakan. Ibu hamil membutuhkan sekitar 2-3 liter air per hari atau 8-12 gelas. Air membantu membersihkan tubuh dari kelebihan natrium dan glukosa, yang dapat memperburuk pembengkakan. Mengkaji asupan air minum adalah bagian dari beberapa cara untuk mengatasi oedem pada ibu hamil.

E. Mengkaji proses terjadinya oedem

Alasan: Edema pada ibu hamil terjadi karena penumpukan cairan di jaringan otot, terutama di kaki, pergelangan kaki, dan telapak kaki. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, di antaranya: kelenjar adrenal memproduksi lebih banyak hormon yang membuat tubuh menahan cairan, seperti aldosteron dan kortisol. rahim yang membesar mengganggu aliran darah dari kaki ke jantung, tekanan kepala bayi dari rahim yang membesar pada vena-vena panggul. Edema pada ibu hamil biasanya terjadi pada trimester ketiga. Perawat dapat mengkaji proses terjadinya oedem meliputi: mengkaji tanda-tanda vital, terutama tekanan darah yang dapat menjadi kondisi serius terjadinya preeklamsia, mengevaluasi area edema untuk mengetahui distribusinya apakah bilateral dan simetris atau unilateral, mengevaluasi adanya kemerahan, hangat, dan nyeri tekan serta memfokuskan pemeriksaan umum pada sistem yang dapat menunjukkan temuan preeklamsia.

Jadi, jawaban yang tepat untuk dikaji dalam kasus ini adalah E. Mengkaji proses terjadinya oedem. Ini karena pengkajian dan pemeriksaan oedema pada pasien sangat penting

untuk mengetahui apakah pasien mengalami tanda-tanda preeklamsia terutama kiji tekanan darah, sehingga dapat dilakukan tindakan lebih lanjut oleh perawat bersama tim medis lain. Pada kasus tersebut hasil pemeriksaan sudah ada tanda pembengkakan pada kedua tungku kaki.

51. Kunci Jawaban : D. Perfusi perifer tidak efektif
Kata Kunci : Merasa sering pusing, lemas, lekas
capek, cunjungtiva anemis, kapilary time
> 3 detik, bibir pucat

Pembahasan:

Dalam kasus ini, masalah keperawatan yang tepat adalah yang berhubungan dengan sirkulasi, dengan gejala yang sudah nyata dirasakan pasien. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Resiko perdarahan

Alasan: diagnosa resiko perdarahan adalah berisiko mengalami kehilangan darah baik interna (terjadi di dalam tubuh) maupun eksterna (terjadi di luar tubuh). Faktor resiko seperti gangguan fungsi hati, tindakan pemembedahan, trauma, proses keganasan. Pada ibu hamil keadaan anemia akan berdampak pada berat badan bayi dan resiko partus abortus.

B. Gangguan pertukaran gas

Alasan: diagnosa ini berhubungan dengan kelebihan atau kekurangan oksigen dan/eliminasi karbon dioksida pada membran alveoler-kapiler. Tidak terdapat data yang mendukung munculnya diagnosa ini.

C. Gangguan ventilasi spontan

Alasan: diagnosa ini merupakan keadaan penurunan cadangan energi yang mengakibatkan individu tidak mampu bernapas secara adekuat. Tidak terdapat data yang mendukung munculnya diagnosa ini seperti dispnea dan penggunaan otot bantu pernapasan.

- D. Perfusi perifer tidak efektif

Alasan: diagnosa ini diartikan sebagai penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Penyebab yang ering antara lain: hiperglikemia, penurunan konsentrasi Hb, kekurangan volume darah.

Jadi, jawaban untuk masalah keperawatan yang tepat adalah perfusi perifer tidak efektif.

- E. Resiko cedera pada ibu dan janin. Keadaan ini mungkin terjadi, tapi dengan teratasinya perfusi jaringan yang tidak efektif, maka diagnosis resiko cedera pada ibu dan janin tidak akan terjadi.

52. Kunci Jawaban : C. Periksa Tekanan Darah

Kata Kunci : Kepala sering sakit, kaki terasa berat dan bengkak

Pembahasan:

Dalam kasus ini, masalah tindakan keperawatan selanjutnya periksa tekanan darah. Hal ini dikarenakan pasien sudah mengalami tanda-tanda pre eklampsi yaitu Odema dan sakit kepala yang kemungkinan disebabkan oleh tingginya tekanan darahnya, dan tindakan selanjutnya setelah diketahui tekanan darah pasien tinggi adalah tindakan pemeriksaan protein urine.

- A. Anjurkan batasi cairan

Alasan: hal ini tidak akan bisa mengatasi masalah dengan segera dan tindakan ini akan dilakukan oleh pasien saat sudah berada dirumah

- B. Batasi asupan natrium

Alasan: Hal ini tidak segera dilakukan karena odema yang dialami pasien belum tentu disebabkan oleh tingginya tekanan darah. Penyebab lain odema pada kehamilan lanjut adalah adanya tekanan pada vena balik di pangkal paha oleh hasil konsepsi /janin

C. Periksa tekanan darah

Alasan: apabila dari hasil pengkajian didapati odema pada kedua tungkai dan gejala sakit kapala, maka itu merupakan tanda - tanda pre ekplasi yang harus dipastikan dengan pemeriksaan tekanan darah. kalau tekanan darah tinggi baru akan dilakukan pemeriksaan selanjutnya yaitu pemeriksaan protein urin.

D. Istirahat kaki ditinggikan.

Alasan: Meninggikan kaki saat istirahat hanya dapat mengurangi odema sementara. kalau penyebab yang sebenarnya dari gejala pre eklampsi tidak diatasi, pada kasus ini tindakan tersebut kurang efektif.

E. Anjurkan ke bagian lab untuk periksaan urine

Alasan: Pada kasus pre eklampsi pemeriksaan urine yang diperlukan hanyalah pemeriksaan protein urine saja, bukan pemeriksaan urine lengkap. pemeriksaan protein urine hanya dilakukan jika terdapat tanda - tanda yang lain seperti Hipertensi dan odema.

Jadi, jawaban untuk tindakan keperawatan selanjutnya adalah periksa tekanan darah.

53. Kunci Jawaban : D. G₃P₁A₁

Kata Kunci : Kehamilan yang ketiga, anak pertama keguguran, anak kedua lahir secara normal.

Pembahasan:

Dalam kasus ini, status obstetrik pasien didasarkan pada hasil wawancara yang dilihat berapa kali pasien hamil (Gravida=G), berapa kali melahirkan (partus=P dan berapakah kali keguguran (Abortus=A)

A. G₂P₂A₁

Alasan: ini merupakan kehamilan kedua, sudah melahirkan 2 kali, sedangkan kasus baru punya anak

- hidup 1. Terjadinya abortus tidak dihitung sebagai melahirkan, hanya kehamilan saja yang ditambahkan
- B. G₂P₃A₁
Alasan: ini merupakan hamil kedua, melahirkan 3 kali dan abortus 1 kali, tidak sesuai dengan kasus.
- C. G₂P₂A₀
Alasan: ini merupakan hamil kedua, melahirkan 2 kali dan abortus tidak pernah, tidak sesuai dengan kasus.
- D. G₃P₁A₁
Alasan: ini merupakan hamil ketiga, melahirkan 1 kali dan abortus 1 kali, sesuai dengan kasus.
Jadi, jawaban untuk status obstetrik pasien tersebut adalah periksa G₃P₁A₁
- E. G₃P₁P₀.
Alasan: ini merupakan hamil ketiga, melahirkan 1 kali dan abortus 1 kali, tidak sesuai dengan kasus
54. Kunci Jawaban : C. 20 – 8 – 2025
Kata Kunci : HPHT: 13 November 2024
Pembahasan :
Dalam kasus ini, Kehamilan diawali dengan tidak datangnya haid dan merupakan faktor yang penting untuk mengetahui usia kehamilan dan mengetahui taksiran tanggal persalinan. Rumus yang dipakai rumus Naegle adalah Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) mis tanggal 13-11-2024 di tambahkan:
Tanggal + 7
Bulan - 3 (+9)
Tahun + 1 (atau tetap/0)
- HPHT: 13 - 11 2024
+7 -3 +1

20 – 08-2025

Maka tanggal tafsiran partus adalah tanggal 20 - 08 - 2025

A. Tanggal 20-7-2024,

Alasan: tanggal 20 -7 - 2024 bukan merupakan tanggal tafsiran yang tepat

B. Tanggal 22-7-2024

Alasan: bukan merupakan tanggal tafsiran partus yang tepat karena hari ditambah 9 bukan 7, bulan dikurangi 4 (bukan 3) dan tahun tidak ditambah 1

C. Tanggal 20-8-2025

Alasan: merupakan tanggal tafsiran partus yang tepat karena tanggal ditambah 7($13+7=20$), bulan dikurang 3 ($11-3 = 8$) dan tahun ditambah 1, jadi ini merupakan tanggal tafsiran partus yang tepat yaitu tanggal 20-8-2025

D. Tanggal 19 – 8- 2025

Alasan: bukan merupakan tanggal tafsiran partus yang tepat karena hari ditambah 6 bukan 7.

E. Tanggal 23-8-2025.

Alasan: bukan merupakan tanggal tafsiran partus yang tepat karena hari ditambah 12 bukan 7

55. Kunci Jawaban : E. Bokong

Kata Kunci : Fundus uteri terasa lunak dan besar

Pembahasan:

Dalam kasus ini, harus bisa dibedakan antara sifat – sifat dari bagian- bagian janin. Sifat kepala kalau diraba adalah keras dan melenting, sifat bokong teraba lunak dan besar. Tangan dan kaki pada saat palpasi akan teraba banyak bagian – bagian kecil. Untuk lebih jelas berikut jawaban beserta alasannya:

A. Kaki

Alasan: Sifat kaki pada saat dipalpasi akan teraba banyak bagian – bagian kecil

B. Tangan

Alasan: Sifat tangan sama dengan kaki, saat dipalpasi akan teraba banyak bagian0 bagian kecil.

C. Kepala

Alasan: Pada saat palpasi kalau yang di dalam fundus uteri itu adalah kepala, maka akan teraba keras dan melentingan otot bantu pernapasan.

D. Punggung

Alasan: Pada saat palpasi abdomen, jika di fundus teraba bagian yang memapan (panjang) kemungkinan itu adalag punggung janin yang bisa dikiri (puki) atau di kanan (puka)

E. Bokong

Alasan: Sifat bokong adalah lunak dan besar, jadi bokong merupakan jawaban yang tepat.

56. Kunci Jawaban : B. Meraba bagian bawah janin

Kata Kunci : Palpasi abdomen untuk menentukan presentasi janin

Pembahasan:

Dalam kasus ini, presentasi janin adalah bagian terbawah janin. Bagian ini yang akan lahir duluan, bisa kepala atau bokong. untuk mengetahui apa yang menjadi bagian bawah janin (presentasi) adalah dengan meraba bagian bawah janin tersebut.

A. Mengukur Tinggi Rahim

Alasan: Tahapan mengukur tinggi rahim dilakukan pada pemeriksaan leoplod I yang bertujuan untuk mengetahui usia kehamilan.

B. Meraba bagian bawah janin

Alasan: Tahapan ini dilakukan pada Leoplod III dengan cara tangan kanan meraba bagian bawah janin untuk mengetahui presentasi janin. jadi ini merupakan jawaban yang benar.

C. Meraba fundus uteri

Alasan: Meraba fundus uteri dilakukan pada tahap leopold I yang bertujuan untuk mengetahui apa yang terdapat dalam fundus.

D. Meraba sisi / samping abdomen

Alasan: meraba sisi atau samping abdomen dilakukan pada tahap palpasi leopold ke II, untuk mengetahui dimana punggung anak, di kiri atau di kanan

E. Menggoyangkan bagian bawah rahim.

Alasan: Menggoyangkan bagian bawah janin dilakukan pada leopold ke III setelah meraba bagian bawah janin. Tahap ini bertujuan untuk mengetahui seberapa jauh bagian bawah masuk pintu atas panggul (PAP).

57. Kunci Jawaban : D. 32 minggu

Kata Kunci : Tinggi fundus uteri 28 cm

Pembahasan:

Untuk mengetahui usia kehamilan dengan rumus tinggi fundus uteri (TFU) dibagi 3,5 = usia kehamilan dalam bulan, kemudian hasilnya dikalikan 4 sehingga didapatkan usia kehamilan dalam minggu. Misal TFU 28 cm: $3,5 = 8 \times 4 = 32$. jadi usia kehamilan ibu tersebut adalah 32 minggu

A. 26 minggu

Alasan: Bukan merupakan jawaban yang tepat karena tidak sesuai dengan rumus.

B. 28 minggu

Alasan: Bukan merupakan jawaban yang tepat karena tidak sesuai dengan rumus.

C. 30 minggu

Alasan: Bukan merupakan jawaban yang tepat karena tidak sesuai dengan rumus.

D. 32 minggu

Alasan: merupakan jawaban yang tepat karena sesuai dengan rumus. Jadi jawaban usia kehamilan ibu adalah 32 minggu.

E. 34 minggu

Alasan: Bukan merupakan jawaban yang tepat karena tidak sesuai dengan rumus.

58. Kunci Jawaban : **B. Sebelah kiri bawah pusat**
Kata Kunci : Fundus teraba lunak dan besar,
punggung janin sebelah kiri, presentasi
kepala

Pembahasan:

Dalam kasus ini, untuk mendengar denyut jantung janin (DJJ) berpedoman pada dimana letak kepala janin dan dimana posisi punggung janin. DJJ akan jelas terdengar pada bagian tengkuk janin antara kepala dan punggung janin. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Di atas Symphysis pubis

Alasan: ini bukan jawaban yang tepat karena lokasi ini sangat jarang bisa mendengar DJJ.

B. Sebelah kiri di bawah pusat

Alasan: dengan berpedoman pada letak punggung janin yaitu di kiri dan posisi kepala di bagian bawah, maka posisi yang tepat untuk mendengar DJJ adalah di sebelah kiri bawah pusat, jadi ini merupakan jawaban yang tepat.

C. Sebelah kanan bawah pusat

Alasan: Posisi ini tidak tepat karena tidak sesuai dengan data.

D. Sebelah kiri atas pusat

Alasan: Posisi ini tepat jika didapati data presentasi bokong, bukan kepala.

E. Sebelah kanan bawah pusat

Alasan: Posisi ini tepat kalau punggung janin di sebelah kanan.

59. Kunci Jawaban : D. Menganjurkan *bedrest*
Kata Kunci : Keluarr bercak dari kemaluan, perut
mules dan diagnosa abortus imminens

Pembahasan:

Dalam kasus ini, didapati tanda- tanda abortus imminens yaitu abortus yang mengancam atau belum terjadi. Dengan dilakukan tindakan bedrest maka diharapkan janin dapat tumbuh dan berkembang, resiko perdarahan akan berkurang atau hilang dan kehamilan dapat berlanjut seperti yang diharapkan. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

- A. Memonitor tanda – tanda vital

Alasan: Memonitor tanda – tanda vital tidak merupakan tindakan yang segera dilakukan karena sudah dilakukan pada saat pasein datang pertama kali

- B. Memenuhi kebutuhan gizi

Alasan: tindakan ini diperlukan untuk membantu kesehatan ibu secara umum dan meningkatkan perkembangan janin.

- C. Memonitor perdarahan

Alasan: tindakan ini tidak dilakukan karena data tentang perdarahan sudah ada.

- D. Menganjurkan bedrest

Alasan: pasien yang berisiko terjadinya abortus incipiens atau keguguran yang berlangsung dapat dicegah dengan tindakan menganjurkan pasien untuk bedrest. Semua kebutuhan pasien terutama pemenuhan kebutuhan sehari – hari misalnya makan dan minum, Mandi dan ganti baju termasuk BAB dan BAK dibantu di tempat tidur. Keadaan ini akan membuat sirkulasi darah ke uterus lebih baik sehingga kehamilan dapat berlanjut. Jadi ini adalah jawaban yang tepat

- E. Menganjurkan USG

Alasan: ini merupakan tindakan kolaborasi dan dilakukan untuk memastikan keadaan janin.

60. Kunci Jawaban : D. Tubektomi

Kata Kunci : G7P5A1, sudah tidak ingin punya anak lagi

Pembahasan:

Dalam kasus ini, si ibu yang sudah berumur 42 tahun dan jumlah anak hidup yang sudah cukup merupakan indikasi untuk dilakukan Kontrasepsi mantap. Cara ini dilakukan dengan memotong tuba sebagai jalan sel telor untuk keluar setelah peristiwa ovulasi di tuba Falopii. Mari tinjau setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

- A. IUD

Alasan: Ini merupakan metode KB efektif yang masih memungkinkan klien hamil jika IUD tersebut dilepas.

- B. Suntik

Alasan: Suntik merupakan salah satu metode KB efektif yang tingkat kembalinya kesuburan setelah dihentikan juga tinggi

- C. Implat

Alasan: Sama dengan suntik. Cocok diberikan pada ibu yang ingin menggunakan metode ber KB untuk jangka panjang lebih dari 5 tahun.

- D. Tubektomi

Alasan: merupakan cara ber KB atau kontrasepsi permanen pada wanita dengan cara memotong saluran sel telor, yaitu saluran tuba Falopii. dengan pemotongan ini maka pertemuan antara sel telor atau ovum dan sperma tidak akan terjadi.

Jadi, ini merupakan jawaban yang tepat.

- E. Vasektomi. ini merupakan kontasepsi mantap pada pria dengan memotong saluran sperma atau vasedeferens.

61. Kunci Jawaban : D. Mengedukasi keluarga tentang perbaikan ventilasi rumah
- Kata Kunci : ISPA, ventilasi rumah, pencegahan
- Pembahasan :
- A. Mengajarkan teknik mencuci tangan yang benar.
Teknik mencuci tangan adalah bagian dari pencegahan infeksi, tetapi bukan langkah utama dalam kasus ini yang melibatkan ventilasi buruk.
 - B. Menyampaikan edukasi tentang pentingnya imunisasi.
Imunisasi penting untuk mencegah penyakit tertentu, tetapi pada kasus ini, fokus utama adalah lingkungan tempat tinggal yang menjadi faktor risiko utama ISPA.
 - C. Merujuk anak ke puskesmas untuk pemeriksaan lanjutan.
Merujuk anak penting jika gejala memburuk, tetapi pencegahan dengan perbaikan lingkungan harus menjadi prioritas pertama.
 - D. Mengedukasi keluarga tentang perbaikan ventilasi rumah.
Perbaikan ventilasi rumah adalah prioritas utama karena ventilasi buruk meningkatkan risiko infeksi pernapasan akibat sirkulasi udara yang tidak memadai.
 - E. Memberikan vitamin untuk meningkatkan daya tahan tubuh anak.
Vitamin dapat membantu meningkatkan daya tahan tubuh, tetapi tidak secara langsung menangani penyebab lingkungan yang memicu ISPA.
- Jadi, jawaban yang tepat untuk prioritas tindakan pertama dalam kasus ini adalah D. Mengedukasi keluarga tentang perbaikan ventilasi rumah. Perbaikan ventilasi rumah adalah prioritas utama karena ventilasi buruk meningkatkan risiko infeksi pernapasan akibat sirkulasi udara yang tidak memadai.

62. Kunci Jawaban : C. Memberikan edukasi tentang perawatan kaki diabetik
- Kata Kunci : Diabetes melitus, neuropati diabetik, perawatan kaki
- Pembahasan :
- A. Mengarahkan pemeriksaan ke dokter spesialis saraf.
Pemeriksaan lanjutan diperlukan jika gejala memburuk, tetapi edukasi perawatan kaki harus dilakukan terlebih dahulu.
 - B. Menyampaikan informasi tentang pola makan sehat.
Pola makan sehat penting untuk kontrol gula darah, tetapi tidak secara langsung menangani masalah kesemutan pada kaki.
 - C. Memberikan edukasi tentang perawatan kaki diabetik.
Edukasi ini penting untuk mencegah komplikasi lebih lanjut, seperti ulkus diabetik, yang dapat timbul akibat neuropati diabetik.
 - D. Menyarankan penggunaan sepatu khusus untuk diabetes.
Penggunaan sepatu khusus dapat membantu, tetapi langkah awal adalah edukasi perawatan kaki secara menyeluruh.
 - E. Mengajarkan cara memantau kadar gula darah secara mandiri.
Pemantauan gula darah penting untuk manajemen diabetes, tetapi fokus utama di sini adalah pencegahan komplikasi kaki.
- Jadi, jawaban yang tepat untuk prioritas tindakan pertama dalam kasus ini adalah C. Memberikan edukasi tentang perawatan kaki diabetik. Edukasi ini penting untuk mencegah komplikasi lebih lanjut, seperti ulkus diabetik, yang dapat timbul akibat neuropati diabetik.

63. Kunci Jawaban : C. Memberikan edukasi tentang pola tidur yang sehat

Kata Kunci : Lansia, insomnia, pola tidur sehat
Pembahasan :

A. Merujuk lansia ke dokter spesialis psikiatri.

Rujukan dilakukan jika masalah tidur berkaitan dengan gangguan psikologis yang berat.

B. Mengajarkan teknik relaksasi sebelum tidur.

Teknik relaksasi dapat membantu, tetapi langkah awal adalah memperbaiki pola tidur secara keseluruhan.

C. Memberikan edukasi tentang pola tidur yang sehat.

Edukasi ini penting untuk membantu lansia memahami cara memperbaiki kebiasaan tidur, seperti menjaga konsistensi waktu tidur dan menghindari tidur siang terlalu lama.

D. Menganjurkan lansia untuk mengikuti kegiatan sosial.

Aktivitas sosial dapat membantu, tetapi tidak secara langsung menangani masalah tidur.

E. Menyarankan lansia untuk mengonsumsi obat tidur herbal.

Obat tidur hanya digunakan jika cara nonfarmakologis tidak berhasil, dan harus sesuai rekomendasi dokter.

Jadi, jawaban yang tepat untuk prioritas tindakan pertama dalam kasus ini adalah C. Memberikan edukasi tentang pola tidur yang sehat. Edukasi ini penting untuk membantu lansia memahami cara memperbaiki kebiasaan tidur, seperti menjaga konsistensi waktu tidur dan menghindari tidur siang terlalu lama.

64. Kunci Jawaban : C. Mengedukasi keluarga tentang kebersihan lingkungan

Kata Kunci : Infeksi kulit, kebersihan lingkungan, anak
Pembahasan :

A. Mengoleskan salep antipruritus untuk mengurangi gatal.

Salep hanya mengurangi gejala sementara tanpa menangani penyebab utama.

- B. Menyarankan penggunaan alas kaki saat bermain di luar.

Penggunaan alas kaki penting, tetapi tidak cukup jika kebersihan lingkungan tetap buruk.

- C. Mengedukasi keluarga tentang kebersihan lingkungan.
Edukasi ini adalah langkah utama untuk mencegah infeksi kulit akibat paparan lingkungan yang tidak higienis.

- D. Memberikan obat antihistamin sesuai resep.
Obat antihistamin digunakan untuk reaksi alergi, tetapi tidak menangani penyebab infeksi

- E. Merujuk anak ke dokter spesialis kulit.
Rujukan dilakukan jika gejala memburuk atau tidak membaik setelah intervensi awal.

Jadi, jawaban yang tepat untuk prioritas tindakan pertama dalam kasus ini adalah C. Mengedukasi keluarga tentang kebersihan lingkungan. Edukasi ini adalah langkah utama untuk mencegah infeksi kulit akibat paparan lingkungan yang tidak higienis.

65. Kunci Jawaban : A. Memberikan edukasi tentang perubahan posisi secara perlahan

Kata Kunci : Hipotensi ortostatik, perubahan posisi perlahan

Pembahasan :

- A. Memberikan edukasi tentang perubahan posisi secara perlahan.

Edukasi ini adalah langkah utama untuk mencegah hipotensi ortostatik, yang sering terjadi pada lansia dengan riwayat hipertensi.

- B. Merujuk lansia ke dokter untuk evaluasi pengobatan hipertensi.

Rujukan diperlukan jika gejala menetap, tetapi edukasi perubahan posisi adalah langkah awal.

- C. Menganjurkan suplemen untuk meningkatkan tekanan darah.

Suplemen hanya diberikan jika hipotensi tidak teratasi dengan intervensi nonfarmakologis.

- D. Menyarankan lansia untuk meningkatkan asupan cairan.

Asupan cairan penting, tetapi tidak langsung menangani hipotensi ortostatik akibat perubahan posisi.

- E. Mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi stres.

Teknik relaksasi tidak relevan dalam konteks ini.

Jadi, jawaban yang tepat untuk prioritas tindakan pertama dalam kasus ini adalah A. Memberikan edukasi tentang perubahan posisi secara perlahan. Edukasi ini adalah langkah utama untuk mencegah hipotensi ortostatik, yang sering terjadi pada lansia dengan riwayat hipertensi.

66. Kunci Jawaban : A. Memberikan edukasi tentang pemberian makanan tambahan

Kata Kunci : Anak, Berat Badan, Gizi kurang
Pembahasan :

- A. Memberikan edukasi tentang pemberian makanan tambahan.

Langkah ini adalah prioritas untuk memperbaiki status gizi anak secara langsung.

- B. Mengajarkan orang tua cara memasak makanan bergizi.

Penting, tetapi pemberian makanan tambahan lebih mendesak.

- C. Merujuk anak ke ahli gizi untuk konsultasi lebih lanjut.

Rujukan diperlukan jika intervensi awal tidak membawa hasil.

- D. Menganjurkan suplemen vitamin sesuai kebutuhan.

Suplemen hanya diberikan jika terdapat kekurangan spesifik.

- E. Mengedukasi orang tua tentang pola makan sehat.

Edukasi ini penting, tetapi langkah pertama adalah makanan tambahan.

Jadi, jawaban yang tepat untuk prioritas tindakan pertama dalam kasus ini adalah A. Memberikan edukasi tentang pemberian makanan tambahan. Langkah ini adalah prioritas untuk memperbaiki status gizi anak secara langsung.

67. Kunci Jawaban : A. Mengajarkan teknik pemberian makan yang benar

Kata Kunci : MPASI, muntah, pemberian makan
Pembahasan :

- A. Mengajarkan teknik pemberian makan yang benar.

Teknik yang benar, seperti memberikan porsi kecil dan perlahan, adalah langkah awal untuk mengatasi masalah muntah.

- B. Merujuk bayi ke dokter anak untuk pemeriksaan lanjutan.

Diperlukan jika gejala menetap atau berat badan tidak naik.

- C. Memberikan edukasi tentang tanda-tanda alergi makanan.

Penting, tetapi tidak langsung menangani muntah akibat teknik pemberian makan yang salah.

- D. Mengedukasi tentang pemberian ASI eksklusif hingga usia 1 tahun.

ASI eksklusif hanya dianjurkan hingga usia 6 bulan, kemudian dilanjutkan dengan MPASI.

- E. Menyarankan pasien untuk menghentikan pemberian MPASI sementara.

Tidak tepat, karena bayi usia 6 bulan memerlukan MPASI untuk kebutuhan nutrisi tambahan.

Jadi, jawaban yang tepat untuk prioritas tindakan pertama dalam kasus ini adalah A. Mengajarkan teknik pemberian makan yang benar. Teknik yang benar, seperti memberikan porsi kecil dan perlahan, adalah langkah awal untuk mengatasi masalah muntah.

68. Kunci Jawaban : A. Memberikan edukasi tentang strategi memori, seperti membuat catatan

Kata Kunci : Kesulitan mengingat, Sering Lupa, Demensia dini

Pembahasan :

A. Memberikan edukasi tentang strategi memori, seperti membuat catatan.

Strategi ini membantu pasien mengatasi gejala demensia dini dan mempertahankan kemandirian.

B. Menyarankan penggunaan obat untuk meningkatkan fungsi kognitif.

Obat hanya digunakan jika disarankan oleh dokter setelah diagnosis.

C. Mengedukasi keluarga tentang tanda-tanda demensia lanjut.

Relevant, tetapi fokus utama adalah membantu pasien mengelola gejala saat ini.

D. Mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi stres.

Tidak relevan dengan gejala utama demensia.

E. Merujuk pasien ke dokter spesialis saraf.

Penting untuk diagnosis pasti, tetapi langkah awal adalah intervensi nonfarmakologis.

Jadi, jawaban yang tepat untuk prioritas tindakan pertama dalam kasus ini adalah A. Memberikan edukasi tentang strategi memori, seperti membuat catatan. Strategi ini membantu pasien mengatasi gejala demensia dini dan mempertahankan kemandirian.

69. Kunci Jawaban : E. Melakukan 3M (menguras, menutup, dan mendaur ulang barang bekas)

Kata Kunci : DBD, Pencegahan, Efektif

Pembahasan :

A. Menggunakan kelambu saat tidur.

Kelambu efektif untuk mencegah gigitan nyamuk, tetapi tidak mengurangi populasi nyamuk.

B. Mengoleskan lotion antinyamuk setiap malam.

Lotion hanya melindungi individu, tidak mengurangi populasi nyamuk.

C. Memasang perangkap nyamuk elektrik di rumah.

Tidak cukup efektif untuk menurunkan risiko penyebaran DBD secara signifikan.

D. Menyemprotkan insektisida ke seluruh rumah setiap minggu.

Insektisida membantu, tetapi tidak menghilangkan tempat perkembangbiakan nyamuk.

E. Melakukan 3M (menguras, menutup, dan mendaur ulang barang bekas).

Ini adalah langkah utama untuk mencegah DBD dengan mengurangi tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes aegypti*.

Jadi, jawaban yang tepat untuk prioritas tindakan pertama dalam kasus ini adalah E. Melakukan 3M (menguras, menutup, dan mendaur ulang barang bekas). Ini adalah langkah utama untuk mencegah DBD dengan mengurangi tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes aegypti*.

70. Kunci Jawaban : A. Mengajarkan cara perawatan luka di rumah

Kata Kunci : Diabetes mellitus, fasilitas Kesehatan, luka kaki

Pembahasan :

A. Mengajarkan cara perawatan luka di rumah.

Perawat komunitas dapat memberikan edukasi praktis

yang membantu pasien merawat lukanya secara mandiri, terutama di wilayah dengan fasilitas terbatas.

- B. Menganjurkan pasien untuk beristirahat total.
Tidak relevan kecuali jika luka memerlukan imobilisasi tertentu.
- C. Merujuk pasien ke rumah sakit untuk perawatan lebih lanjut.
Diperlukan jika luka memburuk atau menunjukkan tanda-tanda infeksi berat.
- D. Menyarankan pasien untuk menjaga kadar gula darah tetap stabil.
Penting untuk mendukung penyembuhan luka, tetapi bukan langkah intervensi langsung.
- E. Memberikan edukasi tentang penggunaan obat luka tanpa resep dokter.
Tidak dianjurkan tanpa panduan profesional medis.

Jadi, jawaban yang tepat untuk prioritas tindakan pertama dalam kasus ini adalah A. Mengajarkan cara perawatan luka di rumah. Perawat komunitas dapat memberikan edukasi praktis yang membantu pasien merawat lukanya secara mandiri, terutama di wilayah dengan fasilitas terbatas.

71. Kunci Jawaban : C. Otonomi

Kata Kunci : Keputusan keluarga, otonomi

Pembahasan :

Dalam kasus ini, prinsip etik yang diterapkan oleh keluarga dapat ditinjau dari setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Fidelity

Alasan: *Fidelity adalah prinsip etik yang berarti menepati janji/komitmen kepada orang lain*, prinsip ini tidak tepat karena tidak sesuai pada kasus di atas.

B. Veracity

Alasan: *Veracity adalah prinsip etik yang berarti kejujuran akan kebenaran*, prinsip ini tidak tepat karena

tidak sesuai pada kasus di atas.

C. Otonomi

Alasan: *Otonomi adalah prinsip etik dimana keluarga atau individu berhak sesuai kemampuannya untuk membuat keputusan.* Hal ini terlihat dari keluarga menghendaki perawatan pasien sepenuhnya dilakukan oleh perawat dirumahnya.

D. Confidentiality

Alasan: *Confidentiality adalah prinsip etik yang berarti menjaga kerahasiaan,* prinsip ini tidak tepat karena tidak sesuai pada kasus di atas.

E. Inform consent

Alasan: *Inform consent adalah prinsip etik yang berarti pemberian penjelasan dan persetujuan keluarga,* prinsip ini tidak tepat karena tidak sesuai pada asus di atas.

Jadi, jawaban yang tepat untuk prinsip etik yang diterapkan keluarga adalah C. *Otonomi.* Hal ini terlihat dari keluarga memberikan keputusan yakni menghendaki perawatan pasien sepenuhnya dilakukan oleh perawat dirumahnya.

72. Kunci Jawaban : A. Fidelity

Kata Kunci : Janji, kontrak kunjungan

Pembahasan :

Dalam kasus ini, prinsip etik yang diterapkan oleh keluarga dapat ditinjau dari setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Fidelity

Alasan: *Fidelity adalah prinsip etik yang berarti menepati janji/komitmen kepada orang lain.* Hal ini terlihat dari perawat berkunjung ke keluarga, untuk yang ketiga kalinya sesuai kontrak dengan keluarga sebelumnya.

B. Veracity

Alasan: *Veracity adalah prinsip etik yang berarti kejujuran akan kebenaran,* prinsip ini tidak tepat karena

tidak sesuai pada kasus di atas.

C. Otonomi

Alasan: *Otonomi adalah prinsip etik dimana keluarga atau individu berhak sesuai kemampuannya untuk membuat keputusan.* Prinsip ini tidak tepat karena tidak sesuai pada kasus di atas.

D. Confidentiality

Alasan: *Confidentiality adalah prinsip etik yang berarti menjaga kerahasiaan,* prinsip ini tidak tepat karena tidak sesuai pada kasus di atas.

E. Inform consent

Alasan: *Inform consent adalah prinsip etik yang berarti pemberian penjelasan dan persetujuan keluarga.* Prinsip ini tidak tepat karena tidak sesuai pada kasus di atas.

Jadi, jawaban yang tepat untuk prinsip etik yang diterapkan keluarga adalah A. Fidelity, hal ini terlihat dari perawat berkunjung ke keluarga, untuk yang ketiga kalinya sesuai kontrak dengan keluarga sebelumnya.

73. Kunci Jawaban : E. 3

Kata Kunci : Tindakan keluarga, lama, resiko keparahan, kelompok high risk, skoring

Pembahasan :

Dalam kasus ini, potensi masalah dapat dicegah dapat melihat tabel skoring berikut, sehingga dapat ditinjau dari setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

No	Kriteria	Skor	Bobot
	Sifat Masalah		
1.	- Tidak/kurang sehat	3	1
	- Ancaman Kesehatan	2	
	- Krisis atau keadaan sejahtera	1	
	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah		
2.	- Dengan mudah	2	2
	- Hanya sebagian	1	
	- Tidak dapat	0	

Potensi Masalah Dapat Dicegah			
3.	- Dengan mudah	3	1
	- Hanya sebagian	2	
	- Tidak dapat	1	
Menonjolnya Masalah			
4.	- Masalah berat, harus segera ditangani	2	
	- Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani	1	1
	- Masalah tidak dirasakan	0	

Source: Bailon & Maglaya (1978)

Faktor:

- Tingkat keparahan: berhubungan dengan penyakit, masalah
- Lamanya masalah
- Tindakan yang sedang dijalankan
- Kelompok high risk

Dari kasus diatas, didapatkan data bahwa keluarga sudah melakukan berbagai tindakan, penyakit belum lama terjadi dan resiko kearah keparahan rendah, terdapat kelompok high risk yakni ada perawat tetangga rumahnya sehingga potensial masalah dicegah adalah tinggi

A. 2

Alasan: *2 adalah skor cukup pada potensial masalah untuk dicegah.* Hal ini kurang tepat.

B. 1

Alasan: *1 adalah skor rendah pada potensial masalah untuk dicegah.* Hal ini kurang tepat.

C. 0

Alasan: *tidak ada angka 0 pada potensial masalah untuk dicegah.* Hal ini tidak tepat.

D. 4

Alasan: *tidak ada angka 4 pada potensial masalah untuk dicegah.* Hal ini tidak tepat.

E. 3

Alasan: *3 adalah skor tinggi pada potensial masalah untuk dicegah.* Hal ini tepat.

Jadi, jawaban yang tepat untuk skor potensi masalah dapat dicegah adalah E. 3, yakni tinggi.

74.Kunci Jawaban : C. Kesiapan peningkatan proses keluarga

Kata Kunci : Kehamilan, kesiapan keluarga
Pembahasan :

Sebelumnya perlu dicermati pada panduan SDKI Keperawatan keluarga dengan diagnose sehat dan sakit, terdapat tipologi: *actual risk/resiko tinggi dan potensial.*

Dalam kasus ini, masalah keperawatan yang muncul dari kasus diatas, dapat ditinjau dari setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Kesiapan peningkatan coping keluarga

Alasan: merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pola adaptasi anggota keluarga dalam mengatasi situasi yang dialami klien secara efektif dan menunjukkan keinginan serta kesiapan untuk meningkatkan Kesehatan keluarga dan klien.

Diagnosis ini diberi kode D.0090, masuk dalam kategori psikologis, subkategori integritas ego dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Untuk dapat mengangkat diagnosis kesiapan peningkatan coping keluarga, Perawat harus memastikan bahwa tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

DS:

- 1) Anggota keluarga menetapkan tujuan untuk meningkatkan gaya hidup sehat
- 2) Anggota keluarga menetapkan sasaran untuk meningkatkan kesehatan

DO:

- 1) Tidak tersedia

Sehingga melihat DS dan DO yang ada di kasus tidak sesuai dengan untuk perumusan bunyi diagnosa/masalah keperawatan pada item jawaban A.

B. Pemeliharaan Kesehatan tidak efektif

Alasan: Pemeliharaan kesehatan tidak efektif merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola, dan/atau menemukan bantuan untuk mempertahankan kesehatan. Diagnosis ini diberi kode D.0117, masuk dalam kategori perilaku, subkategori penyuluhan dan pembelajaran dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

Untuk dapat mengangkat diagnosis pemeliharaan kesehatan tidak efektif, Perawat harus memastikan bahwa tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

DS:

- *Tidak tersedia*

DO:

- *Kurang menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan*
- *Kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku sehat*
- *Tidak mampu menjalankan perilaku sehat*

Sehingga melihat DS dan DO yang ada di kasus tidak sesuai dengan untuk perumusan bunyi diagnosa/masalah keperawatan pada item jawaban B.

C. Kesiapan peningkatan proses keluarga

Kesiapan peningkatan proses keluarga merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pola

fungsi keluarga yang cukup untuk mendukung kesejahteraan anggota keluarga dan dapat ditingkatkan.

Diagnosis ini diberi kode D.0123 masuk dalam kategori relasional, subkategori interaksi sosial dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Untuk dapat mengangkat diagnosis kesiapan peningkatan proses keluarga, perawat harus memastikan bahwa tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

DS:

Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan dinamika keluarga perempuan, 16 tahun, hamil anak pertama.

DO:

- Menunjukkan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan fisik, sosial, dan psikologis anggota keluarga ditunjukkan dalam: Suami selalu memberikan kasih sayang yang cukup, selalu memantau perkembangan kehamilan istri dan janinnya
- Menunjukkan aktivitas untuk mendukung keselamatan dan pertumbuhan anggota keluarga: ditunjukkan dengan istri hamil pertama, mendukung kondisi kehamilan sang ibu sehat.
- Peran keluarga fleksibel dan tepat dengan tahap perkembangan
- Terlihat adanya respek dengan anggota keluarga: terlihat dari keluarga atau suami selalu respek memeriksakan kehamilan isterinya ke bidan sebulan sekali.

Sehingga melihat DS dan DO yang ada di kasus sesuai untuk perumusan bunyi diagnosa/masalah keperawatan pada item jawaban C.

D. Perilaku Kesehatan cenderung berisiko

Alasan:

Perilaku Kesehatan cenderung berisiko merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai hambatan kemampuan dalam mengubah gaya hidup/perilaku untuk memperbaiki status Kesehatan.

Diagnosis ini diberi kode D.0099, masuk dalam kategori psikologis, subkategori integritas ego dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Untuk dapat mengangkat diagnosis perilaku Kesehatan cenderung berisiko, Perawat harus memastikan bahwa tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

DS:

- Tidak tersedia

DO:

- Menunjukkan penolakan terhadap perubahan status Kesehatan
- Gagal melakukan Tindakan pencegahan masalah Kesehatan
- Menunjukkan upaya peningkatan status kesehatan yang minimal

Sehingga melihat DS dan DO yang ada di kasus tidak sesuai dengan untuk perumusan bunyi diagnosa/masalah keperawatan pada item jawaban D.

E. Managemen Kesehatan keluarga tidak efektif.

Alasan: Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pola penanganan masalah Kesehatan dalam

keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi Kesehatan anggota keluarga.

Diagnosis ini diberi kode D.0115, masuk dalam kategori perilaku, subkategori penyuluhan dan pembelajaran dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Untuk dapat mengangkat diagnosis manajemen kesehatan keluarga tidak efektif, Perawat harus memastikan bahwa tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

DS:

- Mengungkapkan tidak memahami masalah Kesehatan yang diderita
- Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan

DO:

- Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat
- Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah Kesehatan tidak tepat

Sehingga melihat DS dan DO yang ada di kasus tidak sesuai dengan untuk perumusan bunyi diagnosa/masalah keperawatan pada item jawaban E.

Jadi, jawaban yang tepat untuk masalah keperawatan yang tepat adalah C. kesiapan peningkatan proses keluarga, karena tanda dan gejala muncul pada keluarga.

75.Kunci Jawaban : A. Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah

Kata Kunci : Keluarga, mengenal masalah.
Pembahasan :

Dalam kasus ini, fungsi perawatan kesehatan dalam lima tugas kesehatan keluarga dapat ditinjau dari setiap pilihan

jawaban beserta alasannya:

- A. Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah

Alasan:

Sejauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta masalah kesehatan meliputi pengertian, tanda gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya serta persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan yang dialami. Adanya masalah atau gangguan pada tugas tahap pertama ini akan muncul data seperti pada kasus: Keluarga belum pernah memeriksakan pasien ke puskesmas dimungkinkan karena belum mengerti dampak bila memberatnya masalah, sehingga terlihat istrinya hanya bisa menangis, sedih dan bingung tidak mengetahui apa yang harus dilakukan untuk menangani penyakit suaminya, ini bukti nyata bahwa keluarga belum mengenal penyakit yang diderita anggota keluarganya.

- B. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan

Alasan: tugas ini tahapan kedua setelah keluarga mengenal masalah, yakni merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan. Tindakan kesehatan yang dilaksanakan oleh keluarga semestinya tepat agar masalah kesehatan yang sedang terjadi dapat dikurangi atau diatasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dalam mengambil keputusan, maka keluarga dapat meminta bantuan kepada orang lain di lingkungan tempat tinggalnya. Terkait tugas kedua ini belum terdeskripsikan di dalam kasus, sehingga item jawaban B belum tepat.

- C. Kemampuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan

Alasan: tugas ini tahapan kelima atau terakhir dari lima tugas kesehatan keluarga, dimana di dalam keluarga,

apabila mengalami gangguan masalah kesehatan, maka keluarga atau anggota keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga kesehatan. Hal ini sebenarnya juga nampak pada data kasus di atas yakni: Keluarga belum pernah memeriksakan pasien ke puskesmas, namun hal ini bukan prioritas jawaban karena dimungkinkan alasannya karena belum mengerti dampak bila memberatnya masalah bila tidak diperiksakan, sehingga belum memanfaatkan pelayanan kesehatan, dan item jawaban C belum tepat.

D. Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit

Alasan: tugas ini tahapan ketiga dari lima tugas kesehatan keluarga, dimana di dalam keluarga sering mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan untuk pertolongan pertama. Hal ini sebenarnya juga nampak pada data kasus di atas yakni: terlihatistrinya nangis, sedih dan bingung tidak mengetahui apa yang harus dilakukan untuk menangani penyakit suaminya, hal ini membuktikan kalau belum ada perawatan yang di berikan, namun hal ini bukan prioritas jawaban karena dimungkinkan alasannya karena bingung belum mengetahui masalah kesehatannya dan bagaimana harus mengatasinya sehingga item jawaban D belum tepat.

E. Kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan

Alasan: tugas ini tahapan keempat dari lima tugas kesehatan keluarga, dimana di dalam keluarga, harus dikaji bagaimana kondisi rumah bisa mendukung upaya

pemeliharaan dan pencegahan terhadap penyakit bagi anggota keluarga, rumah menjadi tempat berlindung dimana waktu lebih banyak waktu berhubungan dengan tempat tinggal. Semestinya rumah harus menjadi lambang ketenangan, keindahan, dan menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarga. Hal ini belum tergambar dalam kasus di atas sehingga jawaban item E juga belum tepat.

Jadi, jawaban yang tepat untuk fungsi perawatan kesehatan yang mengalami gangguan adalah A. Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah.

Pada saat yang sama, kadang tugas kesehatan yang lain juga sering muncul pada item jawaban yang lain yakni jawaban B, C, D dan E, sehingga harus bisa dianalisa tahapan ke berapa yang terdapat masalah,karena lima tugas ini berurutan dan saling berkaitan satu sama lain.

76.Kunci Jawaban : D. Pendidikan kesehatan tentang bahaya TB dan pencegahannya

Kata Kunci : TB Paru, pendidikan kesehatan
Pembahasan :

Dalam kasus ini, tindakan prioritas dapat ditinjau dari setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Perawatan lingkungan rumah

Alasan: *Perawatan lingkungan rumah, dapat dilakukan karena terdapat data:* terlihat kondisi rumah lembab, lantai tanah kotor banyak sampah, namun hal ini bukan prioritas dikarenakan dimungkinkan terdapat alasan keluarga belum mengetahui arti pentingnya kebersihan rumah dan bahaya dari vektor penyakit, sehingga item jawaban A kurang tepat.

B. Peningkatan kemampuan komunikasi keluarga

Alasan: Peningkatan kemampuan komunikasi keluarga, dapat dilakukan tindakan ini apabila ada kecenderungan terdapat permasalahan dalam komunikasi keluarga,

namun tidak ada data yang mengarah pada masalah komunikasi atau konflik keluarga sehingga item jawaban B tidak tepat.

- C. Pendidikan kesehatan tentang tugas perkembangan keluarga

Alasan: Tindakan ini dapat dilakukan juga jika ditemukan adanya data tentang ketidakefektifan keluarga dalam menjalankan tugas dan perannya sesuai tahapan perkembangan, sedangkan data tersebut tidak didapatkan dalam kasus diatas, sehingga item jawaban C juga tidak tepat.

- D. Pendidikan kesehatan tentang bahaya TB dan pencegahannya

Alasan: Tindakan ini tepat dilakukan dikarenakan keluarga dimungkinkan belum mengetahui dengan pasti penyakit TB Paru, penyakit belum lama dirasakan sehingga belum paham tentang penyebab, cara pencegahan, cara penularan dan cara menanggulangi sehingga terlihat pasien terdiagnosa TB Paru, pengobatan baru 1 bulan.

Data pada kasus: kondisi rumah lembab, lantai tanah kotor banyak sampah, pasien meludah di sembarang tempat, sewaktu batuk tidak menutup mulut. Bahkan kecenderungan menular pada anaknya juga batuk sudah 2 hari yang lalu, sehingga item jawaban D merupakan tindakan prioritas.

- E. Pendidikan kesehatan tentang pentingnya kebersihan lingkungan

Alasan: Dengan adanya data: terlihat kondisi rumah lembab, lantai tanah kotor banyak sampah, dapat dimungkinkan karena alasan keluarga belum mengetahui arti pentingnya kebersihan rumah dan bahaya dari vektor penyakit dengan penyakit TB Parunya sehingga item jawaban E kurang tepat.

Jadi, jawaban yang tepat untuk tindakan prioritas tindakan pertama dalam kasus ini adalah D. Pendidikan kesehatan tentang bahaya TB dan pencegahannya.

- 77.Kunci Jawaban : E. Aktivitas keluarga dalam kesehatan meningkat
- Kata Kunci : Diare berulang,semua anggota keluarga, perilaku tidak sehat
- Pembahasan :
- Strategi:
- 1) Tegakkan Diagnosa keperawatan SDKI terlebih dahulu dengan menganalisa data yang muncul. Dari data kejadian diare yang berulang dan bukan hanya pada klien akan tetapi pada anggota keluarga lainnya juga, sehingga masalah pada kasus diatas adalah manajemen kesehatan tidak efektif yakni pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.
 - 2) Berikutnya menentukan intervensi, dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis manajemen kesehatan keluarga tidak efektif adalah, masing-masing dengan OTEK nya, meliputi:
 - a) Dukungan coping keluarga
 - b) Dukungan keluarga merencanakan perawatan
 - c) Koordinasi diskusi keluarga
 - d) Pendampingan keluarga

Dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), luaran utama untuk diagnosis manajemen kesehatan keluarga tidak efektif adalah:

"manajemen kesehatan keluarga meningkat."

Manajemen kesehatan keluarga meningkat berarti meningkatnya kemampuan menangani masalah kesehatan keluarga secara optimal untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.

- 3) Menentukan kriteria hasil dari luaran untuk membuktikan bahwa manajemen kesehatan keluarga meningkat adalah:
- a) Kemampuan menjelaskan masalah sehatan keluarga meningkat diberi kode L.12105 dalam SLKI.
 - b) Kesehatan yang dialami meningkat
 - c) Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat
 - d) Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan menurun

Berdasarkan paparan diatas, maka kriteria hasil dari luaran managemen kesehatan keluarga meningkat dapat ditinjau dari setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

- A. Frekuensi BAB membaik
 - Alasan: item jawaban A adalah kriteria hasil untuk diagnosa diare, sehingga jawaban A tidak tepat
- B. Konsistensi feses membaik
 - Alasan: item jawaban B juga merupakan kriteria hasil untuk diagnosa diare, sehingga jawaban B tidak tepat
- C. Perilaku sesuai anjuran meningkat
 - Alasan: item jawaban C merupakan kriteria hasil untuk diagnosa defisit pengetahuan sehingga jawaban C tidak tepat
- D. Status tingkat pengetahuan meningkat
 - Alasan: item jawaban D merupakan luaran untuk diagnosa defisit pengetahuan sehingga jawaban D tidak tepat
- E. Aktivitas keluarga dalam kesehatan meningkat
 - Alasan: item jawaban E merupakan kriteria hasil untuk diagnosa manajemen kesehatan keluarga tidak efektif sehingga jawaban E tepat.

Jadi, jawaban yang tepat untuk kriteria hasil pada kasus diatas adalah E. Aktivitas keluarga dalam kesehatan meningkat.

78.Kunci Jawaban : D. Pola napas tidak efektif

Kata Kunci : Sesak, pola napas

Pembahasan :

Sebelumnya perlu dicermati pada panduan SDKI Keperawatan keluarga dengan diagnose sehat dan sakit, terdapat tipologi: actual resiko/resiko tinggi dan potensial.

Dalam kasus ini, masalah keperawatan yang muncul dari kasus diatas, dapat ditinjau dari setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Defisit nutrisi

Defisit nutrisi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Diagnosis ini diberi kode D.0019, masuk dalam kategori fisiologis, subkategori nutrisi dan cairan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Untuk dapat mengangkat diagnosis ini, Perawat harus memastikan bahwa tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu: Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.

Sehingga melihat DS dan DO yang ada di kasus tidak sesuai untuk perumusan bunyi diagnosa/masalah keperawatan pada item jawaban A.

B. Intoleransi aktivitas

Alasan: Intoleransi aktivitas merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Diagnosis ini diberi kode D.0056, masuk dalam kategori fisiologis, subkategori aktivitas dan istirahat dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Untuk dapat mengangkat diagnosis intoleransi aktivitas, perawat harus memastikan bahwa tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

DS: Mengeluh lelah

DO: Frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat

Sehingga melihat DS dan DO yang ada di kasus tidak sesuai dengan untuk perumusan bunyi diagnosa/masalah keperawatan pada item jawaban B.

C. Koping tidak efektif

Alasan: Koping tidak efektif merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai ketidakmampuan menilai dan merespons stresor dan/atau ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah.

Diagnosis ini diberi kode D.0096, masuk dalam kategori psikologis, subkategori integritas ego dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Untuk dapat mengangkat diagnosis kopng tidak efektif, Perawat harus memastikan bahwa tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

DS: Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah

DO:

- Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia)
- Menggunakan mekanisme coping yang tidak sesuai

Sehingga melihat DS dan DO yang ada di kasus tidak sesuai untuk perumusan bunyi diagnosa/masalah keperawatan pada item jawaban C.

D. Pola napas tidak efektif

Alasan: Pola napas tidak efektif adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Diagnosis ini diberi kode D.0005, masuk dalam kategori fisiologis, subkategori respirasi dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Untuk dapat mengangkat diagnosis pola napas tidak efektif, Perawat harus memastikan bahwa minimal 80% dari tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

DS:

Mengeluh sesak (dyspnea)

DO:

- 1) Penggunaan otot bantu pernapasan
- 2) Fase ekspirasi memanjang
- 3) Pola napas abnormal (mis. takipneia, bradipneia, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-strokes)
- 4) Adanya bunyi napas tambahan (mis. wheezing, rales)

Pada kasus ditemukan data: mengeluh batuk pilek sejak tiga hari yang lalu, nyeri pada sekitar dada, terasa sesak napas, didapatkan TD: 160/100 mm Hg, nadi 78x/menit, suhu 38,5°C, frekuensi napas 25 x/ menit, nampak penggunaan alat bantu pernapasan.

Sehingga melihat DS dan DO yang ada di kasus sesuai untuk perumusan bunyi diagnosa/masalah keperawatan pada item jawaban D.

E. Bersihkan napas tidak efektif

Alasan: Bersihkan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi

jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

Diagnosis ini diberi kode D.0001, masuk dalam kategori fisiologis, subkategori respirasi dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Untuk dapat mengangkat diagnosis bersihkan jalan napas tidak efektif, Perawat harus memastikan bahwa minimal 80% dari tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

DS: Tidak ada

DO:

- 1) Batuk tidak efektif
- 2) Tidak mampu batuk
- 3) Sputum berlebih
- 4) Mengi, wheezing, dan/atau ronchi kering
- 5) Mekonium di jalan napas (pada neonatus)

Sehingga melihat DS dan DO yang ada di kasus tidak sesuai untuk perumusan bunyi diagnosa/masalah keperawatan pada item jawaban E.

Jadi, jawaban yang tepat untuk masalah keperawatan yang muncul dari kasus diatas adalah D. Pola napas tidak efektif.

79. Kunci Jawaban : C. Ajarkan ambulasi sederhana pada klien

Kata Kunci : Ambulasi, post stroke

Pembahasan :

Dalam kasus ini, ditemukan data:

mengalami kesulitan berjalan, mengeluh kaki terasa kaku dan nyeri pada kedua kaki bila digerakkan. Klien takut untuk bergerak. Klien memiliki riwayat post stroke sebelumnya selama 1 kali. Hasil pengkajian: frekuensi nadi 0 x/menit, TD 150/100 mmHg, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 36,7°C, nilai Barthel indeks 80 (ketergantungan sebagian).

Sehingga dapat di tegakkan masalah keperawatan: Gangguan mobilitas fisik (D.0054), Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis gangguan mobilitas fisik adalah:

- 1) Dukungan ambulasi
- 2) Dukungan mobilisasi

Rencana tindakan keperawatan yang tepat atau intervensi sesuai SIKI, dapat ditinjau dari setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

- A. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri
Alasan: *item jawaban A merupakan rangkaian intervensi bersifat observasi pada diagnosa defisit perawatan diri, sehingga bukan merupakan intervensi yang tepat*
- B. Pendidikan kesehatan perawatan post stroke
Alasan: *item jawaban B merupakan implementasi penerapan dari edukasi bukan merupakan rencana tindakan, sehingga bukan merupakan intervensi.*
- C. Ajarkan ambulasi sederhana pada klien
Alasan: *item jawaban C merupakan intervensi bersifat edukasi pada dukungan ambulasi diagnosa gangguan mobilitas fisik sehingga merupakan jawaban intervensi yang tepat.*
- D. Kolaborasi pemberian obat analgetik
Alasan: *item jawaban D merupakan intervensi bersifat kolaboratif pada diagnosa gangguan rasa nyaman atau nyeri sehingga tidak sesuai dengan rumusan diagnosa yang ditetapkan dan bukan merupakan intervensi yang tepat*
- E. Monitor tingkat kemandirian klien
Alasan: *item jawaban E merupakan rangkaian intervensi bersifat observasi pada diagnosa defisit perawatan diri, sehingga bukan merupakan intervensi yang tepat*

Jadi, jawaban yang tepat untuk rencana tindakan yang tepat dalam kasus ini adalah C. Ajarkan ambulasi sederhana pada klien.

80.Kunci Jawaban : E. Karakteristik rumah keluarga

Kata Kunci : Rumah, ventilasi, TB Paru

Pembahasan :

Dalam kasus ini, dari data-data yang didapatkan dapat ditinjau dari setiap pilihan jawaban beserta alasannya:

A. Riwayat keluarga inti

Alasan: sub pengkajian pada riwayat keluarga ini meliputi riwayat kesehatan keluarga saat ini, riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga dan sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan, sehingga item jawaban A tidak tepat karena data tidak terkait dengan data pada kasus.

B. Observasi fasilitas rumah

Alasan: Observasi merupakan cara atau metoda dalam pengumpulan data menggunakan pemantauan atau pengamatan, melihat langsung. Item jawaban ini kurang tepat karena pertanyaan berkaitan dengan item pengkajian bukan cara atau metoda dalam mendapatkan data terkait fasilitas rumah, sehingga item jawaban B tidak tepat karena tidak terkait dengan kasus.

C. Pemeriksaan fisik keluarga

Alasan: Pemeriksaan fisik dilakukan pada seluruh anggota keluarga. Metode yang dipergunakan di pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik yang di klinik, sehingga item jawaban C tidak tepat karena data tidak terkait dengan data pada kasus.

D. Karakteristik komunitas RW

Alasan: menjelaskan mengenai ciri dari tetangga serta komunitas setempat, yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan/kesepakatan penduduk setempat, budaya setempat yang menghipnotis

kesehatan sehingga item jawaban D tidak tepat karena data tidak terkait dengan data pada kasus.

E. Karakteristik rumah keluarga

Alasan: karakteristik rumah diidentifikasi menggunakan melihat luas tempat tinggal, tipe tempat tinggal, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, peletakan perabot tempat tinggal tangga, jenis septic tank, jarak septic tank dengan asal air minum yang digunakan dan denah tempat tinggal, terlihat pada data kasus diatas: tinggal di kawasan yang padat penduduk, cenderung kumuh. Rumah berukuran kecil dihuni bersama 4 orang anaknya, rumah tidak mempunyai genting kaca, ventilasi kurang didalam rumah terasa dingin lembab dan pengap, jendela dan pintu jarang dibuka merupakan bagian dari pengkajian ini sehingga item jawaban E tepat dan sesuai.

Jadi, jawaban yang tepat adalah E. Karakteristik rumah keluarga.

81.Kunci Jawaban : E. Meletakkan ekstremitas yang oedem lebih tinggi 300 dari dada

Kata Kunci : gagal jantung, volume cairan, oedema, ekstremitas bawah

Pembahasan :

- A. Bidai hanya pada penanganan fraktur untuk immmobiliasi tulang
- B. Dapat menimbulkan posisi yang salah/tidak efektif
- C. Dapat memperparah oedema karena menghambat pengembalian darah ke jantung
- D. Mengganggu perfusi jaringan karena tekanan dari luar
- E. Meningkatkan back ward aliran darah dari ekstremitas dengan gravitasi sehingga oedema akan berkurang

- 82.Kunci Jawaban** : E. Membatasi cairan masuk sesuai produksi urine ditambah 500 cc
- Kata Kunci** : gagal jantung, volume cairan, oedema, produksi urine
- Pembahasan** :
- A. Seharusnya melihat juga IWL
 - B. Tidak mengatasi masalah dengan melihat perubahan tanda vital pada gagal jantung
 - C. Beresiko gangguan kelembaban mukosa mulut
 - D. Tindakan kolaboratif/dependen pada medis
 - E. Terapi cairan harus dibatasi pada pasien gagal jantung sesuai output dan setengah IWL, protap yang benar dengan prinsip keseimbangan cairan neto negatif
- 83.Kunci Jawaban** : D. Nyeri dada menjalar ke leher dan lengan kiri
- Kata Kunci** : myokard infark, nyeri dada, radiasi
- Pembahasan** :
- A. radiasi nyeri kurang tepat sesuai sinap saraf
 - B. radiasi nyeri kurang tepat sesuai sinap saraf
 - C. radiasi nyeri kurang tepat sesuai sinap saraf
 - D. radiasi nyeri sesuai sinap infark otot jantung
 - E. radiasi nyeri kurang tepat sesuai sinap saraf
- 84.Kunci Jawaban** : C. Muntah proyektil
- Kata Kunci** : Cidera otak,tekanan intra kranial, Observasi
- Pembahasan** :
- A. Takikardi jarang menyertai trauma kepala kecuali dengan perdarahan di luar cranial
 - B. Takipnea tanda adanya sesak napas pada trauma kepala karena hipoxemia yang merangsang pada medula oblongata
 - C. Peningkatan TIK pada COS dapat disebabkan karena intracranial bleeding yang dapat meningkatkan isi volume

otak sehingga terjadi proses desak ruang yang menyebabkan kompresi pada nervus saraf pusat, muntah proyektil, penurunan kesadaran, gangguan fungsi motorik tanda peningkatan TIK yang selalu dipantau

- D. Tekanan darah menurun tanda kegagalan autoregulasi dampak dari peningkatan TIK
- E. Nyeri kepala ringan tanda ada gangguan perfusi ke otak pada trauma kepala

85.Kunci Jawaban : D .Membebaskan jalan napas
Kata Kunci : kecelakaan, tidak sadar, ngorok, prioritas
Pembahasan :

- A. Bidai penanganan ekspose dengan fraktur untuk reposisi dan imobilisasi, L4
- B. GCS untuk melihat respon pasien/kesadaran sebelum membebaskan jalan napas, L3
- C. Merawat luka dilakukan sesudah membebaskan jalan napas atau dilakukan bersamaan jika perawat banyak dengan sistem manajemen kasus. L2
- D. Penanganan pasien dengan kasus gangguan oksigenasi tetap memprioritaskan prinsip ABC: *air way ,breathing, cirkulation.* pada pasien ini diduga obstruksi jalan napas dengan gejala ngorok/stridor harus segera dibebaskan jalan napasnya untuk ventilasi mencegah henti napas, L1
- E. Posisi recovery jika jalan napas dan denyut nadi sudah pulih/positif, L5

86.Kunci Jawaban : E. Memahami jenis diet dan pentingnya minum obat
Kata Kunci : DM, tidak patuh diet, komplikasi
Pembahasan :

- A. DM merupakan penyakit peningkatan kadar gula > 200 mg/dl yang dapat menimbulkan komplikasi gangren adalah luka yang nekrosis komplikasi tipe chronis yang timbul karena mikroangiopati

- B. DM merupakan penyakit peningkatan kadar gula > 200 mg/dl yang dapat menimbulkan komplikasi nefropati kronis karena nefrosclerosis dari hiperglikemia
- C. DM merupakan penyakit peningkatan kadar gula > 200 mg/dl yang dapat menimbulkan komplikasi akut: spt; KAD, KHONK hiperglikemia dengan asidosis keton adalah komplikasi akut karena kadar gula yang terlalu tinggi dan katabolisme keton yang asam sehingga terjadi koma karena asidosis metabolik
- D. DM merupakan penyakit peningkatan kadar gula > 200 mg/dl yang dapat menimbulkan komplikasi retinopati kronis karena mikroangiopati
- E. Memahami jenis diet dan pentingnya minum obat teratur dapat mencegah semua jenis komplikasi akut dan kronis karena mikroangiopati dan makroangiopati dampak peningkatan kadar gula yang persisten.oleh karena itu, pengetahuan ini akan menjadi kunci keberhasilan dari pengobatan DM dan pencegahan bahaya komplikasinya seperti luka gangren,nefropati, Ketoacidosis, dan retinopati.

87.Kunci Jawaban : A. Kolaborasi Injeksi glukagon SC 1 mg

Kata Kunci : DM, hipoglikemia, insulin

Pembahasan :

- A. Syok hipoglikemia terjadi jika kadar gula darah <60 gr/dl yang disebabkan oleh kelebihan kerja insulin dalam darah dampak intake makanan tidak adekuat ,glukagon diberikan sebelum pemberian glukosa dengan tujuan mengurangi efek insulin penyebab syok
- B. intake glukosa oral untuk menaikkan kadar glukosa yang drop sebagai langkah kedua
- C. Insulin hanya diberikan pada kasus hiperglikemia bukan hipoglikemia
- D. Sari buah diberikan sesudah atau menyertai glukosa oral

- E. Permen tidak selalu dianjurkan jika kadar glukosa sudah normal

88.Kunci Jawaban : B. Nasal canule

Kata Kunci : sesak napas, terapi O₂, metode

Pembahasan :

- A. sungkup diberikan jika pasien mengalami hipoxemia sedang seperti gagal napas dengan saturasi O₂ <90 mmHg.
- B. Nasal canule diberikan pada pasien hipoxemia ringan,pada pasien di atas menunjukkan saturasi masih diangka 90 mmHg dan RR dalam batas menuju abnormal, yaitu 24 kali permenit.Sehingga pasien diatas cukup dengan pemberian O₂ nasal canule.
- C. Masker rebreathing diindikasikan pada pasien hipoxemia sedang dan berat,dengan Fi O₂ -70 %,kasus gagal napas berat
- D. Masker sederhana diberikan jika pasien mengalami hipoxemia sedang dengan saturasi O₂ <90 mmHg.
- E. Venturi masker diberikan pada pasien dengan hipoxemia berat dengan dosis tinggi 4-14 liter dengan konsentrasi 24-50 %, Masker venturi ideal untuk pasien PPOK yang membutuhkan oksigen rendah hingga sedang, tetapi berisiko mengalami hiperkarbia.

89.Kunci Jawaban : B. Bruzinski's sign

Kata Kunci : radang selaput otak, pengkajian, metode

Pembahasan :

- A. Bisa dipakai juga untuk pemeriksaan diagnosa radang selaput otak,Tanda Kernig positif jika pasien mengalami nyeri atau resistensi saat lututnya diekstensikan melewati 135 derajat setelah pinggulnya ditekuk hingga 90 derajat.
- B. Tanda Brudzinski positif adalah kondisi ketika fleksi leher menyebabkan pasien secara otomatis menekuk pinggul

dan lutut. Tanda Brudzinski merupakan salah satu gejala meningitis yang dapat dibuktikan secara fisik. Sehingga sesuai dengan protap pemeriksaan yang dilakukan pada pasien tersebut.

- C. Tanda Homan positif adalah nyeri pada betis yang terjadi saat pergelangan kaki pasien didorsifleksikan dengan cepat dan kuat saat lutut diluruskan. Tanda Homan positif biasanya dianggap sebagai tanda klinis trombosis vena dalam (DVT) pada ekstremitas bawah.
- D. Babinski positif adalah tanda bahwa jempol kaki terangkat dan jari-jari kaki lainnya melebar saat dilakukan tes refleks plantar. Pada orang dewasa, tanda Babinski positif bisa menjadi indikasi adanya masalah pada otak atau sumsum tulang belakang.
- E. Rinne positif artinya pendengaran normal atau mengalami tuli persepsi. Tes Rinne merupakan tes pendengaran yang dilakukan dengan membandingkan hantaran udara dan tulang pada telinga.

90.Kunci Jawaban : E. 125 tts/mnt

Kata Kunci : Diare, terapi cairan, tetes permenit

Pembahasan :

Menurut University of Southern Queensland, rumus hitung tetesan infus yakni sebagai berikut:

Jumlah Tetesan per Menit (TPM) = Faktor Tetes (gtt/ml) x Volume Cairan Infus (ml) / Lama Pemberian Infus (jam) x 60

Jumlah Tetesan per Menit (TPM) = Faktor Tetes (15 tt/1 ml) x Volume Cairan Infus (500 ml) / Lama Pemberian Infus (1 jam) x 60----125 tetes permenit.

91.Kunci Jawaban : B. Nyeri Akut

Kata Kunci : Sistem Pencernaan, Hernia Nukleus Pulposus, Nyeri

Pembahasan :

HPN (Hernia Nukleus Pulposus) adalah keadaan ketika nukleus pulposus keluar menonjol kemudian menekan ke arah kanalis spinalis melalui annulus fibrosis yang robek. HNP dapat disebut sebagai saraf terjepit. Penyebabnya dikarenakan trauma dan stress fisik. Nucleus pulposus yang keluar melalui serabut annulus yang robek menimbulkan saraf spinal terjepit dan muncul reaksi peradangan yang nantinya akan menstimulasi respon nyeri hebat dan akut.

A. Ansietas

Alasan : Ansietas tidak tepat karena kurangnya data mengenai kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas, sehingga diagnosa ini belum dapat ditegakkan.

B. Nyeri Akut

Alasan : Pasien mengeluh nyeri pada punggung bawah sejak 2 bulan yang lalu. Nyeri datang tiba-tiba, terasa seperti tertusuk-tusuk, semakin berat ketika mencoba duduk. Skala nyeri 8. Pasien mengatakan sulit untuk tidur, Wajah tampak meringis, gelisah, palpitasi.

C. Nyeri Kronis

Alasan : Nyeri kronis tidak tepat karena nyeri yang dialami pasien berlangsung kurang dari 3 bulan. Sedangkan nyeri kronis ditegakkan apabila nyeri yang dirasakan lebih dari 3 bulan.

D. Gangguan Pola Tidur

Alasan : Gangguan pola tidur tidak tepat karena keluhan sulit tidur yang dirasakan pasien berasal dari faktor internal sedangkan diagnosa ini ditegakkan apabila terjadi gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal dengan gejala sering terjaga, tidur tidak puas, dan pola tidur berubah.

E. Gangguan Mobilitas Fisik

Alasan : Gangguan mobilitas fisik tidak tepat karena tidak ada data mengenai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Jadi, jawaban yang tepat untuk diagnosa prioritas dalam kasus ini adalah B. Nyeri Akut. Karena pada kasus diatas lebih dari 80% dari tanda dan gejala muncul pada pasien, yaitu pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, pasien sulit tidur, dan PQRST pasien ada dijelaskan.

92.Kunci Jawaban : C. Gangguan pertukaran gas

Kata Kunci : Sistem Respirasi, Emfisema Paru, Analisa Gas Darah

Pembahasan :

Emfisema Paru adalah suatu perubahan anatomis parenkim paru yang ditandai oleh pembesaran alveolus dan duktus alveolaris yang tdk normal, serta destruksi dinding alveolar. Penyebab utama terjadinya emfisema adalah paparan zat di udara yang berlangsung dalam jangka waktu panjang dan kelainan genetik (contohnya defisiensi alpha-1-antitrypsin).

A. Pola napas tidak efektif

Alasan : Opsi D kurang tepat, karena pada kasus ini masalah Gangguan Pertukaran Gas lebih prioritas, diagnosa pola napas tidak efektif dapat ditegakkan bila masalah pertukaran gas dan bersihan jalan napas sudah teratasi.

B. Penurunan curah jantung

Alasan : kondisi ketika jantung tidak mampu memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Kondisi ini dapat menyebabkan organ dan jaringan tubuh kekurangan oksigen. Padahal kasus ini tidak menggambarkan masalah pada curah jantung sehingga bukan masalah keperawatan pasien.

C. Gangguan pertukaran gas

Alasan : Retraksi dada interkosta, bibir pucat, auskultasi paru rhonki pada kedua basal lobus paru, tekanan darah 130/80 mmHg, frekuensi nadi 114x/menit (takikardi), frekuensi napas 30x/menit (dispneu).

Hasil AGD:

- pH 6,35 -> asam -> asidosis
- PCO₂ 52 mmHg --> meningkat
--> respiratorik
- PO₂ 70 mmHg, --> menurun
- HC03 26 mmHg --> normal
- Kesimpulan: asidosis respiratorik.

Nilai normal AGD

pH	7,35-7,45
PCO ₂	35-45 mmHg
PO ₂	80-100 mmHg
HC03-	22-26 mEq/L
SaO ₂	94-100%
BE	-2 - +2 mEq/L

D. Gangguan sirkulasi spontan

Alasan : kondisi ketika jantung berirama spontan dan denyut nadi dapat teraba selama minimal 5 menit, pada kasus di atas kondisi ini bukan masalah keperawatan prioritas yang harus diselesaikan pertama.

E. Gangguan ventilasi spontan

Alasan : Penurunan cadangan energi yang mengakibatkan pasien tidak mampu bernapas secara adekuat, tetapi tidak merupakan Masalah Keperawatan prioritas dalam kondisi pasien dengan kondisi sadar.

Jadi, jawaban yang tepat untuk diagnosa prioritas dalam kasus ini adalah C. Gangguan pertukaran gas

Sehingga masalah keperawatan utama yang tepat yaitu gangguan pertukaran gas. Hal ini disebabkan karena perubahan membrane alveolus- kapiler sehingga terjadi ketidakseimbangan antara ventilasi-perfusi. Ditandai dengan tanda gejala yang muncul pada kasus yaitu dispneu, asidosis respiratorik, bibir pucat, retraksi dada interkosta, takikardi.

- 93.Kunci Jawaban : B. Orthopneic
Kata Kunci : Sistem Respirasi, Efusi pleura, Posisi Pasien, Thorakosintesis**

Pembahasan :

Fungsi Thorakosintesis adalah prosedur dimana jarum dimasukkan ke ruang pleura antara paru-paru dan dinding dada. Prosedur ini dilakukan untuk menghilangkan kelebihan cairan, yang dikenal sebagai efusi pleura, dari ruang pleura untuk membantu bernapas lebih mudah.

A. Supinasi

Opsi supinasi tidak tepat karena pasien dalam keadaan sadar. Posisi ini dapat dilakukan jika pasien dalam posisi tidak stabil atau tidak bisa duduk

B. Orthopneic

Posisi untuk prosedur ini yaitu pasien duduk diam di tepi kursi atau tempat tidur dengan kepala dan lengan diletakkan di atas meja (orthopneic). Posisi ini memberikan akses ke ruang aksila posterior, yang merupakan bagian paling penting dari toraks.

C. Low Fowler

Posisi Fowler, juga dikenal sebagai posisi duduk, biasanya digunakan untuk bedah saraf dan bedah bahu. Opsi B tidak tepat karena bukan termasuk dalam posisi untuk melakukan prosedur thorakosintesis.

D. High fowler

Pada posisi high fowler, pasien duduk tegak dengan tulang belakang lurus, dan tubuh bagian atas berada di antara 60 derajat dan 90 derajat. Kaki pasien dapat lurus atau ditekuk. Posisi high fowler tidak tepat karena bukan termasuk dalam posisi untuk melakukan prosedur thorakosentesis.

E. Semi fowler

Posisi semi fowler adalah posisi berbaring telentang dengan kepala tempat tidur ditinggikan 30-45 derajat. Posisi ini memiliki beberapa tujuan, di antaranya: Meningkatkan saturasi oksigen, Menurunkan sesak napas, Meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru, Mempertahankan kenyamanan pasien.

Opsi B tidak tepat karena bukan termasuk dalam posisi untuk melakukan prosedur thorakosentesis.

Jadi, jawaban yang tepat untuk diagnosa prioritas dalam kasus ini adalah E. Orthopneic. Posisi ini digunakan untuk pasien dengan masalah pernapasan, seperti Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), emfisema, dan bronkitis kronis. Manfaat posisi ini membantu ekspansi paru-paru, memperbaiki kadar saturasi oksigen, dan mengurangi sesak napas.

94. Kunci Jawaban : A. Memasang Endotracheal Tube
Kata Kunci : Sistem Respirasi, Luka Bakar,
Intervensi, Penurunan Kesadaran

Pembahasan :

Data Fokus

- Pasien mengalami luka bakar dari wajah sampai ke abdomen
- Suara napas stridor

Area tubuh yang terkena luka bakar harus diposisikan berlawanan dengan arah kontraktur bekas luka bakar yang potensial.

- A. Endotracheal Tube (ETT). Tindakan pembebasan jalan napas yang tepat pada pasien adalah memasang Endotracheal Tube (ETT) karena pasien mengalami trauma inhalasi akibat kejadian luka bakar yang menyebabkan terjadinya penyempitan jalan napas dan ditandai dengan suara napas stridor.
- B. Melakukan maneuver Jaw Trust (tidak tepat), karena maneuver Jaw Trust merupakan teknik pembukaan jalan napas yang disebabkan oleh jatuhnya lidah ke belakang pada pasien trauma.
- C. Memasang Oropharyngeal Airway (tidak tepat), karena OPA merupakan alat untuk membebaskan sumbatan jalan napas yang disebabkan oleh jatuhnya lidah ke belakang dengan reflek gag (-)
- D. Melakukan Nasopharyngeal Airway (tidak tepat), karena Nasopharyngeal Airway merupakan alat untuk membebaskan sumbatan jalan napas yang disebabkan oleh jatuhnya lidah ke belakang dengan reflek gag (+).
- E. Melakukan maneuver Head Tilt Chin Lift (tidak tepat), karena maneuver Head Tilt Chin Lift merupakan teknik pembukaan jalan napas yang disebabkan oleh jatuhnya lidah ke belakang pada pasien non trauma.

Jadi, jawaban yang tepat untuk diagnosa prioritas dalam kasus ini adalah C. Endotracheal Tube (ETT). Menjamin saluran napas tetap terbuka dan udara pernapasan dapat masuk ke paru-paru.

95.Kunci Jawaban

: C. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

Kata Kunci

: Pemeriksaan Penunjang, Ikterik, Liver

Pembahasan

:

DS : Pasien mengeluh mual, muntah dan nyeri pada abdomen kanan atas.

DO : Hasil pengkajian didapatkan klien tampak lemah, ikterus, TTV normal.

A. Pemeriksaan FEV dan FVC

Opsi A kurang tepat. Pemeriksaan FEV dan FVC dapat membantu dokter menilai tingkat keparahan masalah pernapasan. Angka yang lebih rendah dari normal menunjukkan bahwa pernapasan terbatas atau ada obstruksi yang lebih signifikan. Sedangkan pada kasus ini, tidak ada masalah pada sistem respirasi.

B. Pemeriksaan LDL dan HDL

Pemeriksaan kolesterol adalah prosedur pemeriksaan yang dilakukan dengan mengambil sampel darah untuk memeriksa kadar lemak, yaitu kolesterol total, LDL, HDL, dan trigliserida di dalam tubuh. Opsi B kurang tepat, berdasarkan kasus diatas tidak termasuk tanda dan gejala pada pasien dengan kolesterol.

C. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

Pemeriksaan SGOT dan SGPT adalah tes darah yang mengukur kadar enzim SGOT (Serum Glutamic-Oxaloacetic Transaminase) dan SGPT (Serum Glutamic-Pyruvic Transaminase) dalam darah. Tes ini dilakukan untuk menilai fungsi hati, mendeteksi penyakit liver, dan memantau kondisi hati. Opsi C tepat, sesuai dengan tanda dan gejala berdasarkan kasus adanya masalah pada Hati dan Ikterik.

D. Pemeriksaan BUN dan kreatininin

Pemeriksaan BUN dan kreatinin adalah tes untuk mengukur kadar nitrogen urea darah (BUN) dan kreatinin dalam darah untuk mengetahui fungsi ginjal. Tes ini mengukur kadar nitrogen urea darah, yang merupakan salah satu produk sampingan metabolisme. Kadar BUN yang tinggi bisa menunjukkan bahwa ginjal tidak berfungsi dengan baik.

E. Pemeriksaan protein dan albumin

Pemeriksaan protein total dan rasio albumin/globulin (A/G). Mengukur jumlah total protein dalam darah, termasuk albumin dan globulin. Protein penting untuk membangun otot, memberi energi, dan membantu sistem kekebalan tubuh. Penyakit hati atau ginjal, Dehidrasi, Diare parah, Infeksi, Peradangan, Kekurangan nutrisi, Gangguan tiroid.

Jadi, jawaban yang tepat untuk diagnosa prioritas dalam kasus ini adalah C. Pemeriksaan SGOT dan SGPT, dilakukan dengan cara mengambil sampel darah. Untuk orang yang sehat, kedua enzim ini biasanya akan terlihat normal dengan batas SGOT 5–40 µ/L (mikro per liter) dan SGPT: 7–56 µ/L (mikro per liter). Dalam keadaan normal, SGOT dan SGPT ini berada dalam sel-sel organ, terutama hati.

- 96. Kunci Jawaban : A. Memberikan diuretik**
Kata Kunci : Edema anasarca, Pemeriksaan laboratorium, Kelebihan cairan
Pembahasan :
DO: Edema anasarca, TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 37°C. Pemeriksaan laboratorium didapatkan proteinuria: 4,0 g/hr, hipoalbuminemia: 2,7 g/dl. Tinjauan opsi lain:
A. Memberikan diuretik
Masalah keperawatan pada kasus ini adalah "Hipervolemia" adalah peningkatan volume cairan intravaskular, interstinal, dan/atau intraseluler (SDKI, 2016). Tindakan awal yang harus dilakukan adalah mengurangi edema pasien (membuang kelebihan garam dan air dari dalam tubuh melalui urine) dengan cara kolaborasi pemberian diuretik.
B. Memberikan analgetik
Analgetik adalah obat yang digunakan untuk meredakan

rasa nyeri. Obat analgetik dibagi ke dalam dua kelompok, yaitu obat golongan opioid dan NSAID.

- C. Memberikan antibiotik

Antibiotik adalah jenis obat yang digunakan untuk mengatasi infeksi bakteri.

- D. Memberikan antipiretik

Antipiretik merupakan obat atau Zat yang dapat menurunkan suhu tubuh pada keadaan demam.

- E. Memberikan bronkodilator

Bronkodilator adalah kelompok obat yang digunakan untuk meredakan gejala akibat penyempitan saluran pernapasan, seperti batuk, mengi, atau sesak napas.

97.Kunci Jawaban : D. Tidak ada tanda-tanda syok berulang

Kata Kunci : Sistem Kardiovaskular, Syok Hipovolemik, Kriteria Hasil

Pembahasan :

DS: -

DO: Didapati adanya gejala Syok Hipovolemik Tekanan darah 90/60 mmHg, frekuensi nadi 120x/menit, dan output urin 25 ml/jam. Pasien sudah mendapatkan terapi cairan RL.

- A. CRT < 3 detik

Alasan: CRT atau waktu pengisian kapiler (Capillary Refill Time) yang normal adalah kurang dari 3 detik. CRT yang lebih dari 3 detik bisa menjadi tanda bahaya, terutama pada anak-anak, yang menunjukkan risiko lebih tinggi untuk mengalami penyakit serius. Tetapi pada kasus di atas tidak ada dijelaskan CRT pasien.

- B. Frekuensi nadi stabil

Alasan: nadi stabil merupakan bagian dari tanda-tanda syok sehingga opsi D lebih tepat pada kasus di atas.

- C. Mampu beraktivitas mandiri

Alasan: Kegiatan yang dilakukan tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan pribadi yang masih aktif.

Pada kasus di atas opsi C kurang tepat karena pasien mengalami syok.

D. Tidak ada tanda-tanda syok berulang

Syok hipovolemik adalah ketidakmampuan jantung memasok darah yang cukup ke tubuh akibat adanya kekurangan volume darah.

Terdapat beberapa gejala syok hipovolemik, di antaranya adalah:

- 1) Badan terasa lemas.
- 2) Keluar keringat berlebihan.
- 3) Nyeri pada bagian dada.
- 4) Denyut nadi lemah.
- 5) Jantung berdetak dengan cepat.
- 6) Bibir dan kuku tampak membiru.
- 7) Kulit tampak lemas.
- 8) Tampak bingung dan gelisah.
- 9) Rasa pusing.
- 10) Hilangnya kesadaran.
- 11) Urine tidak ada sama sekali.

E. Tekanan darah meningkat dan dalam batas normal

Alasan: Tekanan darah stabil merupakan bagian dari tanda - tanda syok sehingga opsi D lebih tepat pada kasus di atas.

98.Kunci Jawaban : A. Kaji skala nyeri

**Kata Kunci : Sistem Muskuloskletal, Post orif,
Pengkajian nyeri**

Pembahasan :

Pengkajian nyeri adalah proses mengumpulkan dan menganalisis data nyeri. Penilaian PQRST adalah metode untuk menilai nyeri dengan menanyakan hal-hal berikut kepada pasien:

- P: Apa yang membuat rasa sakitnya makin parah atau membaik?
- T: Apa jenis nyerinya?

- R: Di mana letak nyerinya, dan apakah nyerinya menjalar ke area tubuh lainnya?
 - S: Seberapa parah rasa sakitnya pada skala 0-10?
 - T: Kapan rasa sakitnya mulai? Apakah terus-menerus atau hilang timbul?
- A. Kaji skala nyeri
Opsi A tepat, karena belum ada data skala nyeri pada soal, sehingga pengkajian nyeri belum lengkap. Skala nyeri adalah alat yang digunakan untuk mengukur tingkat nyeri yang dialami seseorang. Skala nyeri dapat membantu pasien untuk melaporkan rasa sakitnya kepada tenaga kesehatan dengan lebih rinci. Pasien diminta untuk memberikan angka antara 0-10 untuk menunjukkan tingkat rasa sakit yang dialami.
- B. Kaji lokasi nyeri
Opsi B kurang tepat karena pada kasus di atas sudah dijelaskan lokasi nyeri pada tangan kanan.
- C. Kaji riwayat nyeri
Riwayat nyeri bukan merupakan pengkajian nyeri prioritas, karena riwayat nyeri tidak mendukung untuk diangkatnya masalah keperawatan Nyeri Akut/Kronis.
- D. Kaji frekuensi nyeri
Opsi A kurang tepat karena pada kasus di atas sudah dijelaskan Frekuensi Nyeri yang terjadi adalah nyeri hilang timbul dan nyeri bertambah saat bergerak serta berkurang saat istirahat
- E. Kaji faktor pencetus nyeri
Opsi C kurang tepat karena pada kasus di atas sudah dijelaskan.

99.Kunci Jawaban : B. 7

Kata Kunci : Pemeriksaan tingkat kesadaran,
Glasgow Coma Scale, EVM

Pembahasan :

Opsi ACDE kurang tepat, karena total nilai GCS pasien 7 berdasarkan kasus di atas.

Pemeriksaan GCS (Glasgow Coma Scale) adalah metode untuk mengukur tingkat kesadaran seseorang dengan memberikan skor berdasarkan respons mata, verbal, dan motorik. GCS merupakan alat yang sering digunakan oleh petugas kesehatan untuk menilai fungsi neurologis pasien, terutama pada kasus cedera kepala atau koma.

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

Beberapa kondisi yang membuat seseorang menurun tingkat kesadarannya, seperti stroke, stroke ringan, cedera kepala, pendarahan otak, dan lain-lain.



- 100. Kunci Jawaban** : C. Otonomi
Kata Kunci : Manajemen Diabetes Mellitus, Prinsip Etik
Pembahasan :
A. Fidelity.
Perawat harus berkomitmen dan menepati janji kepada pasien.
Opsi A tidak tepat
B. Veracity
Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada, dan mengatakan yang sebenarnya kepada klien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan.
C. Otonomi
Prinsip otonomi merupakan bentuk respek terhadap seseorang, atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Praktek profesional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya. Pilihan opsi D tepat karena dijelaskan pada soal bahwa keluarga dosen menolak untuk dilakukannya tindakan.
D. Beneficence
Perawat harus berlaku baik untuk mencegah kesalahan atau kejahatan. Contohnya, perawat menasehati pasien untuk memperbaiki latihan kesehatan yang berisiko terhadap serangan jantung.
E. Confidentiality
Perawat harus menjaga kerahasiaan informasi pasien. Selain prinsip etika, perawat juga harus memperhatikan kode etik keperawatan, seperti: Menggunakan seragam yang bersih dan sesuai dengan norma kesopanan, Berbicara dengan lemah lembut,

Menciptakan lingkungan yang kondusif, Menghargai sesama perawat

101. Kunci Jawaban : C. 54 %
Kata Kunci : Luas luka bakar mengenai seluruh kepala sampai leher, sekeliling dada dan abdomen depan, dan seluruh ekstremitas atas.

Pembahasan :

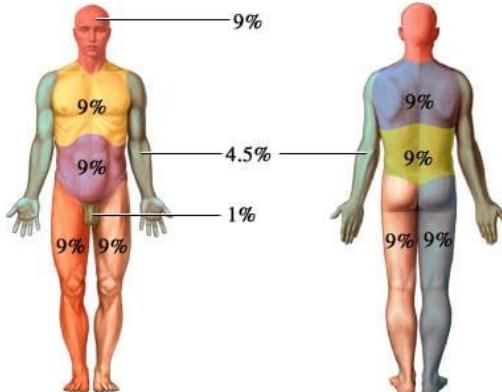
Mengukur luas luka bakar dengan "Role Of Nine". Maka pada kasus dapat dihitung sebagai berikut:

- Kepala sampai leher (9%),
- Sekeliling dada (18%)
- Abdomen depan (9%)
- Seluruh ekstremitas atas (18%)

Maka luas luka bakar adalah 54%

Derajat luka baka, di ukur dengan *role of nine* (Dapat di lihat pada gambar dibawah)

- Kepala sampai leher: 9%
- Dada depan 9%, dada belakang 9%
- Abdomen depan 9%, belakang 9%
- Tangan kanan 9% (depan belakang)
- Tangan kiri 9% (depan belakang)
- Kaki kanan (atas bawah): $9+9= 18\%$
- Kaki kiri (atas bawah): $(9+9)= 18\%$
- Genitalia 1%

**102. Kunci Jawaban**

Kata Kunci : B. 12.000
Pembahasan : Luas luka bakar 50% dan Berat badan 60 kg

Total kebutuhan cairan luka bakar = luas luka bakar x BB x 4 cc

$$= 50 \% \times 60 \text{ kg} \times 4$$

$$= 12.000$$

103. Kunci Jawaban

Kata Kunci : D. Penurunan Curah Jantung
Pembahasan : Gagal jantung, edema, RR 30 x/menit, TD 70/50 mmHg. EKG: LVH

Tanda dan gejala gagal jantung adalah sesak napas pada gagal jantung kiri dan edema ekstremitas pada gagal jantung kanan. Data sistolik atau Tekanan darah <90 mmHg artinya rendah, HR >100 x/menit, RR >24 x/menit, urine <30 cc/jam, oedema (+) dan ronchi (+), data focus utama hasil EKG (LVH/Left Ventrikel Hipertrofi) atau data kardiomegali.

104. Kunci Jawaban

Kata Kunci : E. Gangguan Pertukaran Gas

: pH 7,30, PCO₂ 60 mmHg

Pembahasan :

AGD: pH 7,30, PCO₂ 60 mmHg. Analisanya adalah pH 7,30 artinya turun maka disebut asidosis (Normal pH 7,35-7,45) dan PCO₂ 60 artinya meningkat (Normal PCO₂: 35-45 mmHg). Diagnosa gangguan pertukaran gas diangkat jika nilai AGD pasien tidak normal.

- 105. Kunci Jawaban : B. Hentikan Merokok**
Kata Kunci : Keluhan sakit kepala, mata berkunang-kunang, berat di tekuk dan susah tidur, tekanan darah 160/100 mmHg.

Pembahasan :

Data fokus pada kasus, klien mengeluh sakit kepala, mata berkunang-kunang, berat di tekuk dan susah tidur, tekanan darah 160/100 mmHg. Permasalahan pada pasien yaitu masih merokok, sehingga dapat memicu kekambuhan hipertensi, sehingga intervensi yang tepat pada kasus adalah meminta klien menghentikan merokok. Pada kasus juga sudah menghindari makanan yang asin sehingga tidak perlu lagi menjawab diet rendah natrium.

- 106. Kunci Jawaban : B. Defisit Volume Cairan**
Kata Kunci : Sering BAK, turgor kulit jelek, sering merasa haus, dan kulit kering

Pembahasan :

Klien sering BAK, turgor kulit jelek, sering merasa haus, dan kulit kering merupakan tanda-tanda dehidrasi, sehingga masalah yang muncul pada pasien adalah defisit volume cairan (hipovolemia). Pada pasien DM terdapat hiperglikemia yang terjadi karena insulin tidak mampu menyampaikan gula ke sel-sel tubuh, sehingga sel-sel tubuh kekurangan gula sebagai sumber energi yang mengakibatkan pasien mengalami lemas.

107. Kunci Jawaban : C. Memberikan minuman manis
Kata Kunci : GDS 60 mg/dL, tampak lemas, gemetar,
keluar keringat dingin

Pembahasan :

Pada pasien diabetes mellitus yang memiliki GDS 60 mg/dL, tampak lemas, gemetar, keluar keringat dingin, dan pucat serta geliah merupakan tanda hipoglikemia, sehingga segera berikan minuman manis seperti teh manis, sirup. Hal ini dapat diberikan karena kesadaran pasien komposmentis.

108. Kunci Jawaban : E. Perfusi jaringan serebral tidak efektif
Kata Kunci : Penurunan kesadaran, GCS 9, Hasil CT scan: gambaran hiperden pada daerah frontotemporal kanan

Pembahasan :

Penurunan kesadaran, GCS 9, Hasil CT scan: gambaran hiperden pada daerah frontotemporal kanan. Data ini menunjukkan adanya gangguan pada area serebral.

109. Kunci Jawaban : B. Miringkan pasien
Kata Kunci : Pasien kejang, seluruh tubuh kaku
1 menit, keluar cairan dari mulut.

Pembahasan :

Pasien yang kejang prinsipnya hindarkan dari lingkungan yang membuat dia cedera dan benda-benda tajam dan mempertahankan kepatenan jalan napas, sehingga pasien dapat di miringkan ke salah satu sisi agar cairan dan muntahan tidak masuk ke jalan napas atau tidak menyumbat jalan napas.

110. Kunci Jawaban : C. Miring kanan dan kiri tiap 2 jam
Kata Kunci : Klien lumpuh, kemerahan pada bagian punggung.

Pembahasan :

Merubah posisi pasien meminimalisir penekanan daerah

kulit yang akan melancarkan aliran darah sehingga mencegah dekubitus akibat bedrest yang terlalu lama.

111. Kunci Jawaban : D. Inspeksi kesimetrisan ekspansi dinding dada

Kata Kunci : Efusi pleura

Pembahasan :

Data Fokus:

Pada kasus ini, pasien menunjukkan tanda-tanda umum dari efusi pleura, termasuk sesak napas yang semakin memburuk ketika berbaring, batuk kering, kelemahan umum hingga suara napas yang melemah dibagian bawah paru-paru sehingga untuk menentukan lebih lanjut maka pengkajian tambahan yang dilakukan adalah melakukan inspeksi ekspansi dinding dada.

Efusi Pleura adalah satu kondisi dimana terdapat cairan didalam rongga pleura yang akan berdampak pada ekspansi dinding dada. Kondisi ini tentunya akan menghambat pengembangan paru-paru secara optimal karena adanya tekanan dari penumpukan cairan di rongga pleura. Perawat harus mengetahui cairan tersebut berada di rongga pleura sebelah kanan atau kiri.

Inspeksi kesimetrisan ekspansi dinding dada adalah langkah pengkajian fisik yang sangat berguna dalam mengkaji lebih lanjut pada kasus efusi pleura. Pemeriksaan ini cukup sederhana namun penting karena dapat memberi indikasi awal mengenai masalah disisi yang terkena. Dengan teknik inspeksi langsung, perawat mampu menilai pergerakan dinding dada saat pasien bernapas apakah simetris atau tidak dan bila ekspansi dada salah satunya tertinggal atau melambat maka bisa dipastikan cairan tersebut berada dirongga pleura area tersebut.

- 112. Kunci Jawaban** : D. Waktu pengisian kapiler membaik
Kata Kunci : Kardiovaskuler, Penurunan curah jantung, Perfusi perifer

Pembahasan :

Penurunan curah jantung berhubungan dengan berkurangnya kemampuan jantung untuk memompa darah ke jaringan tubuh, yang mengakibatkan perfusi jaringan tidak adekuat. Salah satu indicator perbaikan curah jantung adalah waktu pengisian kapiler perifer atau *capillary refill time* (CRT). Dalam kasus ini, kriteria hasil yang tepat adalah waktu pengisian kapiler membaik. Perbaikan waktu pengisian kapiler menunjukkan bahwa tindakan keperawatan telah efektif dalam meningkatkan perfusi jaringan. Sehingga jawaban yang paling tepat adalah waktu pengisian kapiler membaik.

- 113. Kunci Jawaban** : D. Periksa kebenaran masuknya selang di area lambung
Kata Kunci : Sistem pencernaan, SOP Pemasangan NGT

Pembahasan :

Dalam kasus ini, tindakan yang tepat setelah memasukkan selang NGT sampai pada batas yang ditentukan maka perawat harus memastikan posisi selang berada di lambung. Hal ini dilakukan untuk menghindari risiko komplikasi, seperti masuknya selang ke saluran pernapasan.

- 114. Kunci Jawaban** : A. Melakukan cek residu sebelum memberikan makanan
Kata Kunci : Sistem pencernaan, SOP Pemberian makan, NGT

Pembahasan :

Prinsip dalam pemberian makanan melalui NGT (*Nasogastric Tube*), yang merupakan salah satu metode pemberian nutrisi enteral, adalah memastikan keamanan dan efisiensi pemberian nutrisi. Salah satu langkah utama sebelum

memasukkan makanan ke lambung melalui NGT adalah melakukan pengecekan residu lambung. Setelah perawat mengatur posisi *semi fowler* dan memasang pengalas didada pasien maka tahap berikutnya adalah melakukan cek residu lambung.

115. Kunci Jawaban : A. Nyeri Akut

Kata Kunci : Nyeri Akut, Fraktur

Pembahasan :

Sebelum menentukan masalah prioritas kita perlu melakukan pengelompokan data terlebih dahulu. Pada kasus diatas diketahui:

A. Data Subjektif

Pasien mengeluh nyeri pada bagian ekstermitas sinistra dengan skala nyeri 4 saat *bed rest* dan 6 saat beraktiftas ringan.

B. Data Objektif

Nampak luka pascaoperasi sepanjang 22 cm dengan diameter 4 cm. luka berwarna kemerahan dan terdapat warna coklat pada bagian bawah fraktur dan adanya fraktur radius 1/3 distal.

C. Data subjektif dan objektif ini memberikan gambaran tentang kondisi fisik pasien, termasuk luka pascaoperasi yang besar, warna yang mengindikasikan proses penyembuhan atau infeksi, dan adanya fraktur yang menyebabkan pembatasan pergerakan dan menambah tingkat keparahan nyeri.

Berdasarkan hirarki kebutuhan dasar manusia menurut Maslow maka dapat dinilai bahwa nyeri akut menjadi masalah yang prioritas dalam kasus ini karena termasuk dalam kebutuhan fisiologis dasar. Nyeri yang tidak terkontrol dapat mengganggu keseimbangan fisiologis pasien, memperburuk kondisi fisik, dan menghambat pemulihan. Sebelum masalah lain seperti risiko infeksi atau gangguan mobilitas fisik, kerusakan integritas kulit dan jaringan dapat

ditangani secara efektif, nyeri akut harus diatasi terlebih dahulu untuk menciptakan dasar yang stabil bagi pemulihan fisik pasien.

116. Kunci Jawaban : A. Hypertermi

Kata Kunci : Hypertermi

Pembahasan :

Analisis Gejala Utama:

- Demam tinggi (40°C): Menunjukkan adanya proses infeksi atau inflamasi aktif, kemungkinan besar terkait dengan tuberkulosis paru berdasarkan riwayat batuk lebih dari tiga minggu.
- Nadi 112 kali/menit: Takikardia yang sering terjadi akibat respons tubuh terhadap hipertermi.
- Keringat malam dan lemas: Gejala sistemik dari penyakit infeksi.

Pada kasus ini, pasien menunjukkan gejala demam tinggi (40°C), yang menjadi prioritas utama karena kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi serius seperti dehidrasi, peningkatan metabolisme basal, hingga kerusakan organ bila tidak segera ditangani.

117. Kunci Jawaban : D. Meminta pasien mengulang teknik relaksasi secara berkala

Kata Kunci : Teknik relaksasi, cemas, nyeri

Pembahasan :

Berdasarkan kasus diatas perawat telah mendemonstrasikan teknik relaksasi dan pada kasus ini ditanyakan urutan tindakan pada pemberian terapi relaksasi untuk mengurangi perasaan cemas dan nyeri pasien. Maka langkah selanjutnya adalah meminta pasien untuk mengulang teknik relaksasi yang telah dicontohkan perawat. Meminta pasien mengulang teknik relaksasi secara berkala adalah tindakan yang tepat karena membantu pasien menguasai metode tersebut dan meningkatkan efektivitas dalam mengurangi

cemas dan nyeri. Teknik relaksasi seperti pernapasan dalam dan relaksasi otot progresif memerlukan pengulangan untuk memberikan manfaat maksimal, terutama dalam situasi preoperatif yang memicu stres. Selain itu, pengulangan membantu pasien merasa lebih nyaman dan percaya diri menghadapi prosedur operasi, sehingga tujuan intervensi untuk mengatasi cemas dan nyeri dapat tercapai.

118. Kunci Jawaban : C. Memberikan posisi semi-fowler

Kata Kunci : Edema, Posisi semi-fowler

Pembahasan :

Memberikan posisi semi-fowler adalah tindakan keperawatan utama untuk mengatasi masalah utama pasien, yaitu sesak napas yang semakin memberat akibat gagal jantung kongestif (CHF). Posisi ini membantu meningkatkan ekspansi paru-paru dan mengurangi tekanan pada diafragma, sehingga mempermudah pernapasan. Selain itu, posisi semi-fowler juga membantu mengurangi kongesti cairan di paru-paru yang sering terjadi pada pasien CHF, terutama pada malam hari saat pasien berbaring. Meskipun intervensi lain seperti pemberian diuretik atau terapi oksigen juga penting, posisi semi-fowler adalah langkah awal yang paling cepat dan efektif untuk meredakan sesak napas pada pasien ini.

119. Kunci Jawaban : C. Pemeriksaan sputum BTA

Kata Kunci : TBC, Pemeriksaan lanjutan

Pembahasan :

Pemeriksaan sputum BTA (Basil Tahan Asam) perlu dilakukan untuk mendukung diagnosis terkait dengan gejala yang dialami pasien, seperti batuk berdarah, demam malam, berkeringat dingin, dan penurunan berat badan. Gejala-gejala ini sangat mengarah pada kemungkinan infeksi tuberkulosis (TBC), khususnya TBC paru, yang dapat didiagnosis melalui pemeriksaan sputum untuk mencari

keberadaan bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Pemeriksaan lain seperti EKG, pemeriksaan urine, atau pemeriksaan darah lengkap mungkin berguna untuk kondisi medis lain, tetapi tidak langsung terkait dengan gejala yang lebih spesifik untuk TBC pada pasien ini. Pemeriksaan sputum BTA merupakan langkah penting untuk memverifikasi atau menyingkirkan kemungkinan infeksi tuberkulosis.

120. Kunci Jawaban : D. ST Elevation Miocardial Infarction (STEMI)

Kata Kunci : Kegawatdaruratan Jantung
Pembahasan :

Nyeri dada khas yang menjalar ke lengan kiri dan disertai gejala vegetatif (berkerigat dingin) mengindikasikan kondisi iskemik akut. Elevasi segmen ST pada EKG merupakan tanda infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI).

A. Penyakit Jantung Bawaan

Adalah kelainan struktur atau fungsi jantung yang sudah ada sejak lahir. Kelainan ini terjadi akibat gangguan perkembangan jantung selama masa janin, yang biasanya terjadi pada awal kehamilan ketika jantung mulai terbentuk. PJB bisa melibatkan dinding jantung, katup jantung, atau pembuluh darah yang berhubungan dengan jantung. Dalam kasus diatas, tidak ada hubungannya dengan Penyakit Jantung Bawaan.

B. Angina Pectoris stabil

Adalah rasa nyeri dada atau ketidaknyamanan yang paling sering terjadi saat melakukan aktivitas atau stress. Angina pektoris stabil tidak disertai perubahan EKG.

C. Angina pectoris tidak stabil

Adalah rasa nyeri dada atau ketidaknyamanan yang paling sering terjadi saat melakukan aktivitas atau stress. Perubahan EKG pada Angina Pectoris tidak stabil

adalah Depresi Segmen ST, Elevasi sementara segmen ST mungkin terjadi, tetapi biasanya cepat kembali ke baseline setelah nyeri dada reda, Gelombang T dapat menjadi terbalik, datar, atau biphasic pada lead yang menunjukkan iskemia, Pada beberapa kasus, EKG dapat kembali normal ketika episode iskemia selesai. Tidak semua pasien dengan angina pectoris tidak stabil menunjukkan perubahan pada EKG. Karena itu, diagnosis memerlukan kombinasi anamnesis, pemeriksaan fisik, biomarker jantung, dan pemantauan EKG serial untuk memastikan adanya iskemia akut.

D. ST Elevation Miocardial Infarction (STEMI)

Adalah satu jenis serangan jantung yang serius dan membutuhkan penanganan segera. STEMI terjadi ketika aliran darah ke salah satu bagian otot jantung (miokardium) terhenti sepenuhnya akibat penyumbatan total pada arteri koroner, biasanya karena pembentukan plak aterosklerotik yang pecah dan membentuk gumpalan darah. Hasil EKG menunjukkan adanya ST Segmen dengan gejala klinis adalah nyeri dada yang hebat, berlangsung lebih dari 20 menit, sering terasa seperti ditekan atau terbakar, nyeri dapat menjalar ke lengan kiri, rahang, punggung, atau leher., Sesak napas, mual, muntah, keringat dingin, dan rasa cemas yang ekstrem.

E. Non ST Elevation Miocardial Infarction (NSTEMI):

Adalah jenis serangan jantung yang terjadi ketika aliran darah ke bagian jantung terganggu, tetapi tidak cukup parah untuk menyebabkan perubahan besar pada segmen ST pada elektrokardiogram (EKG) pasien. Ini berbeda dengan STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction), yang menunjukkan peningkatan segmen ST pada EKG.

121. Kunci Jawaban : D. Memberikan terapi nebulisasi dengan bronchodilator

Kata Kunci : Terdapat penggunaan otot bantu napas, napas berat, wheezing (+) (tanda dan gejala asma berat).

Pembahasan :

Kondisi pasien menunjukkan tanda-tanda obstruksi saluran napas akut (kemungkinan asma berat atau eksaserbasi PPOK). Prioritas dalam situasi ini adalah mengatasi obstruksi saluran napas dan meningkatkan oksigenasi. Oksigen diberikan dengan aliran tinggi (misalnya menggunakan masker non-rebreather, bukan kanula nasal).

A. Mengkaji suara napas tambahan

Adalah Tindakan yang tidak perlu dilakukan lagi, karena dalam kasus tersebut diatas sudah ada pengkajian penggunaan otot bantu napas, dan dari hasil auskultasi terdengar wheezing.

B. Memberikan cairan infus Ringer Lactat

Adalah Tindakan yang tepat, akan tetapi bukan merupakan Tindakan prioritas pada kasus tersebut diatas.

C. Melakukan pemasangan endotracheal tube

Tindakan ini kurang tepat, karena indikasi pemasangan endotracheal tube adalah pasien dengan perburukan dan ancaman gagal napas.

D. Memberikan terapi nebulisasi dengan bronchodilator

Adalah tindakan yang paling tepat untuk merelaksasi otot bronkus dan meningkatkan aliran udara.

E. Memberikan oksigen 2 liter/menit dengan nasal kanula

Oksigen diberikan dengan aliran tinggi (misalnya menggunakan masker non-rebreather, bukan nasal kanula)

122. Kunci Jawaban : E. Memastikan jalan napas terbuka
Kata Kunci : Post trauma kepala mengalami muntah-muntah dan kehilangan kesadaran sesaat

Pembahasan :

Trauma kepala adalah cidera pada kepala yang meliputi kulit kepala, tengkorak, otak, atau struktur lain di sekitar kepala. Trauma kepala dapat terjadi akibat benturan, pukulan, atau cedera penetrasi, dan tingkat keparahannya bervariasi dari ringan hingga berat.

Prioritas utama pada trauma kepala adalah memastikan jalan napas tetap terbuka untuk mencegah aspirasi. Pemeriksaan lanjutan dilakukan setelah jalan napas aman.

A. Memasang infus

Tindakan ini tepat, namun bukan prioritas pada kasus tersebut diatas, dilakukan setelah memastikan jalan napas aman.

B. Memberikan oksigen

Tindakan ini tepat, namun bukan prioritas pada kasus tersebut diatas, dilakukan setelah memastikan jalan napas aman

C. Melakukan CT Scan kepala

Tindakan ini tepat, namun bukan prioritas pada kasus tersebut diatas, dilakukan setelah memastikan jalan napas aman

D. Memantau tekanan intracranial

Tindakan ini tepat, namun bukan prioritas pada kasus tersebut diatas, dilakukan setelah memastikan jalan napas aman

E. Memastikan jalan napas terbuka

Tindakan ini merupakan prioritas pada kasus tersebut diatas.

123. Kunci Jawaban : B. Memulai Resusitasi cairan
Kata Kunci : Penanganan luka bakar

embahasan :

Luka bakar adalah cidera pada kulit dan jaringan sekitarnya akibat suhu, bahan kimia, listrik, atau radiasi.

Derajat luka bakar:

- 1) Luka bakar derajat I: Luka bakar superfisial
- 2) Luka bakar derajat II: Mengenai kulit dan jaringan lemak
- 3) Luka bakar derajat III: Mengenai seluruh lapisan kulit, jaringan lemak, otot, sampai dengan tulang).

Prioritas utama pada luka bakar luas adalah memulai resusitasi cairan (formula Parkland) untuk mencegah syok hipovolemik.

Langkah lainnya dilakukan setelah cairan tubuh stabil.

- A. Menjaga kehangatan tubuh pasien
Tindakan ini tepat, namun bukan merupakan tindakan prioritas.
- B. Memulai resusitasi cairan
Tindakan ini adalah hal yang tepat, karena prioritas utama pada luka bakar yang luas adalah memberikan cairan atau resusitasi cairan untuk mencegah syok hypovolemic.
- C. Memberikan analgetik
Tindakan ini tepat, namun bukan merupakan tindakan prioritas.
- D. Memeriksa vital sign
Tindakan ini tepat, namun bukan merupakan tindakan prioritas.
- E. Membersihkan luka
Tindakan ini tepat, namun bukan merupakan tindakan prioritas.

124. Kunci Jawaban : A. Merah

Kata Kunci : Konsep dasar TRIASE.

Pembahasan :

TRIASE adalah proses pemilihan pasien berdasarkan berat-

nya cidera atau penyakit atau tingkat kegawatdaruratan pasien, untuk menentukan intervensi atau tindakan selanjutnya. Proses Triase atau penentuan pasien prioritas di IGD bertujuan untuk mendapatkan urutan penanganan berdasarkan tingkat kegawatdaruratan pasien, seperti kondisi cidera ringan, cidera berat yang bisa mengancam nyawa lebih cepat, atau sudah meninggal. Ada 4 kategori warna dalam sistem triase IGD yaitu Merah, Kuning, Hijau dan Hitam.

A. Merah

Pasien prioritas pertama yang membutuhkan pertolongan segera. Contoh pasien dengan kategori ini adalah pasien cidera kepala berat, luka bakar tingkat 3, serangan asma akut serangan jantung, syok anafilaktik trauma thorax, dll.

B. Kuning

Pasien dengan kategori kuning juga membutuhkan tindakan segera, hanya saja tidak dalam kondisi kritis. Contoh pasien dengan kategori ini adalah korban kecelakaan dengan luka robek, HT, dll

C. Hijau

Pasien dengan kategori hijau umumnya mengalami cidera ringan dan masih mampu berjalan serta mencari pertolongan sendiri, misalnya luka lecet setelah kecelakaan atau demam tinggi tetapi kondisi vital stabil.

D. Hitam

Pasien meninggal

E. Ungu

Bukan merupakan kategori triase

125. Kunci Jawaban : C. Melakukan intubasi dan ventilasi mekanik
Kata Kunci : Keperawatan kritis

Pembahasan :

Pasien menunjukkan tanda-tanda gagal napas akut dengan hipoksemia (PaO_2 60 mmHg) dan hiperkapnia (PaCO_2 45 mmHg) yang memerlukan bantuan ventilasi mekanik segera, agar fungsi jantung kembali stabil serta mempertahankan oksigenasi dan ventilasi.

Oksigen arteri (PaO_2) normal adalah 75 sampai 100 mmHg. Hyperkapnia adalah kondisi ketika jumlah karbondioksida (PaCO_2) dalam darah terlalu banyak atau terlalu tinggi. Normal 35-45 mmHg.

- A. Meningkatkan aliran oksigen

Hal ini bisa dipertimbangkan setelah tindakan ventilasi mekanik diberikan.

- B. Memberikan antibiotic spektrum luas

Pemberian antibiotic spektrum luas diberikan pada pasien dengan adanya risiko tinggi infeksi

- C. Melakukan intubasi dan ventilasi mekanik

Tindakan awal yang dilakukan pada pasien dengan gagal jantung adalah melakukan intubasi dan ventilasi mekanik untuk mempertahankan oksigenasi dan ventilasi.

- D. Memberikan cairan kristaloid secara cepat

Hal ini tidak tepat dilakukan, karena cairan kristaloid sudah diberikan sesuai program.

- E. Mengurangi beban jantung dengan inotropik

Pemberian inotropik perlu pertimbangan dan penyesuaian dengan penyebab gagal jantung.

126. Kunci Jawaban : E. Pemasangan infus 2 jalur dengan cairan kristaloid

Kata Kunci : Kegawatdaruratan jantung, syock hypovolemia

Pembahasan :

Kasus tersebut diatas adalah dengan syok hipovolemi, dapat dilihat dari hasil pengkajian: Tekanan darah 80/50 mmHg,

frekuensi nadi 130 kali/menit, frekuensi napas 28 kali/menit, pasien perdarahan post partum, tampak lemah dan kesadaran menurun.

Syok hypovolemi adalah kondisi kegagalan sirkulasi akibat volume darah yang rendah sehingga jantung tidak dapat memompanya ke seluruh bagian tubuh.

Tanda-tanda syok adalah kulit dingin atau lembab, pucat, pernapasan dangkal dan cepat, denyut jantung cepat, tekanan darah rendah, nadi lemah, hilang kesadaran. Tata laksana syok hypovolemi adalah dengan pemberian cairan kristaloid.

Cairan Kristaloid adalah jenis larutan intravena yang digunakan untuk resusitasi cairan, penggantian elektrolit, dan terapi pemeliharaan. Kristaloid terdiri dari air dan elektrolit dan banyak digunakan dalam lingkungan medis karena keserbagunaan dan kompatibilitasnya dengan berbagai kondisi klinis.

- A. Kaji tanda-tanda perdarahan
 - Tidak perlu dilakukan lagi, karena tanda perdarahan sudah ada (pasien datang ke IGD dengan perdarahan post partum).
- B. Berikan transfusi darah segera
 - Pemberian transfuse dilakukan setelah dilakukan pengukuran kadar hemoglobin, dan bukan merupakan tindakan keperawatan utama pada kasus tersebut diatas.
- C. Lakukan pengukuran kadar hemoglobin
 - Pengukuran hemoglobin dilakukan setelah kondisi pasien stabil.
- D. Evaluasi tanda-tanda vital setiap 15 menit
 - Hal ini penting dilakukan, namun bukan Tindakan keperawatan utama dalam kasus tersebut diatas
- E. Pemasangan infus 2 jalur dengan cairan kristaloid
 - Adalah Tindakan yang tepat dilakukan untuk resusitasi cairan pada kasus tersebut diatas

127. Kunci Jawaban : E. Memastikan IV Chateter masuk vena dengan menarik jarum

Kata Kunci : Langkah - langkah tindakan keperawatan.

Pembahasan :

Pemasangan infus adalah salah satu tindakan invasif yang bersifat delegasi diberikan DPJP kepada perawat. Pemasangan infus adalah metode pemberian obat atau cairan yang dilakukan langsung melalui pembuluh darah vena. Perawat harus memahami prosedur pemasangan infus dengan baik dan benar:

A. Membuka torniquet

Membuka torniquet dilakukan setelah IV Chateter dihubungkan dengan selang infus dan cairan yang siap dialirkan.

B. Memasang cairan dan set infus

Tindakan ini dilakukan diawal sebelum mengidentifikasi vena pasien

C. Mengalirkan cairan infus perlahan-lahan

Hal ini dilakukan setelah IV Chateter dihubungkan dengan selang infus

D. Menghubungkan IV Chateter dengan selang infus

Dilakukan setelah dipastikan jarum IV Chateter tepat masuk kedalam vena.

E. Memastikan IV Chateter masuk vena dengan menarik jarum

Setelah melakukan penusukan IV Chateter ke vena, harus dipastikan jarum masuk ke vena dengan cara menarik jarum IV Chateter.

128. Kunci Jawaban : D. Memulai terapi vasopressor seperti norepinefrin

Kata Kunci : Keperawatan kritis

Pembahasan :

Syok septik adalah subtipe sepsis yang disertai dengan abnormalitas sirkulasi dan metabolisme seluler berat, hingga dapat meningkatkan mortalitas. Syok sepsis ditandai dengan sepsis yang disertai hipotensi (*Mean Arterial Pressure (MAP) < 65 mmHg*) yang membutuhkan vasopressor. Vasopresor dapat meningkatkan vasokonstriksi yang dapat menyebabkan peningkatan resistensi vaskular sistemik (SVR). Peningkatan resistensi vaskular sistemik dapat menyebabkan meningkatnya tekanan arteri dan meningkatnya perfusi ke organ.

Kasus tersebut diatas adalah menunjukkan adanya abnormalitas pada sirkulasi (MAP 60 mmHg), maka pemeriksaan tambahan yang paling sesuai adalah pemberian vasopressor.

- A. Memberikan kortikosteroid dosis tinggi
Kortikosteroid dosis tinggi dapat membahayakan pada sepsis berat dan syok septik.
- B. Memantau saturasi oksigen setiap 1 jam
Penting dilakukan, akan tetapi bukan merupakan intervensi tambahan dalam kasus tersebut diatas.
- C. Melanjutkan pemberian cairan kristaloid
Hal ini kurang tepat untuk intervensi tambahan pada kasus tersebut diatas, karena prioritas tujuan intervensi tambahan yang akan dilakukan adalah meningkatkan vasokonstriksi yang dapat menyebabkan peningkatan resistensi vaskular sistemik
- D. Memulai terapi vassopresor seperti norepinefrin
Pada syok septik yang refrakter terhadap pemberian cairan, langkah berikutnya adalah pemberian vasopressor untuk mencapai target $MAP \geq 65 \text{ mmHg}$. Norepinefrin adalah vasopressor pilihan pertama
- E. Mengurangi pemberian cairan dan meningkatkan nutrisi

Hal ini penting dilakukan, akan tetapi bukan intervensi tambahan yang dimaksud pada kasus tersebut diatas.

129. Kunci Jawaban : C. Otonomi dan Beneficnce

Kata Kunci : Dilema etik keperawatan

Pembahasan :

Dilema etik keperawatan suatu masalah yang dihadapi seseorang perawat Ketika hendak mengambil keputusan yang mana melibatkan dua atau lebih moral, akan tetapi tidak bisa dilakukan keduanya. Kasus tersebut diatas: keluarga menolak akan tindakan yang akan di berikan oleh perawat A, karena ingin meninggal dengan tenang (hak pasien dan keluarga), disisi lain perawat memiliki tanggung jawab untuk memberikan pelayanan yang terbaik dan azaz manfaat dari tindakan terhadap pasien bila segera dilakukan.

A. Fidelity dan Otonomi

Adalah dilema antara memberikan pelayanan yang terbaik dan pelanggaran terhadap hak-hak pasien.

B. Beneficence dan Justice

Adalah dilema antara pelanggaran azaz manfaat dan keadilan.

C. Otonomi dan Beneficence

Adalah dilema antara hak keluarga pasien dalam pengambilan Keputusan dan azaz manfaat dari tindakan terhadap pasien bila segera dilakukan.

D. Justice dan Non maleficence

Adalah dilema antara azaz keadilan dan dampak/risiko terhadap pasien.

E. Non maleficence dan fidelity

Adalah dilema antara risiko terhadap pasien dan komitmen untuk memberikan pelayanan terbaik.

130. Kunci Jawaban : A. Memberikan nebulisasi bronkodilator segera

Kata Kunci : terdengar wheezing parah, sulit bernapas

Pembahasan :

- A. Memberikan bronkodilator nebulisasi segera
Tepat. Memberikan bronkodilator nebulisasi segera adalah langkah pertama yang paling efektif dalam menangani serangan asma berat setelah inhaler tidak berhasil digunakan sebelumnya,
- B. Memberikan oksigen tambahan melalui nasal cannula
Tidak Tepat: memberikan oksigen tambahan dapat dilakukan bersamaan
- C. Melaporkan kepada dokter tentang keadaan darurat ini
Tidak Tepat: melaporkan kepada dokter perlu tetapi bronkodilator harus diberikan terlebih dahulu;
- D. Mendorong pasien untuk tenang dan bernapas perlahan
Tidak Tepat: mendorong ketenangan juga penting tetapi bukan solusi utama.
- E. Memastikan pasien duduk tegak untuk bernapas lebih baik
Tidak Tepat: Memastikan posisi duduk tegak juga penting tetapi bukan prioritas utama

131. Kunci Jawaban : E. Memastikan pasien berbaring dengan posisi miring kiri

Kata Kunci : sedang hamil 8 bulan, perdarahan pervaginam

Pembahasan :

- A. Memberikan cairan intravena
Tidak tepat, cairan intravena mungkin diperlukan tetapi harus berdasarkan indikasi.
- B. Menyuruh pasien untuk tidak khawatir
Tidak tepat, menyuruh tidak khawatir tidak membantu secara medis.
- C. Mengizinkan pasien pulang setelah observasi
Tidak tepat, mengizinkan pulang tidak aman
- D. Melakukan pemeriksaan ultrasonografi segera

Tidak tepat, pemeriksaan ultrasonografi (B) perlu tetapi bukan langkah pertama

- E. Memastikan pasien berbaring dengan posisi miring kiri
Tepat, memastikan pasien berbaring dengan posisi miring kiri dapat membantu meningkatkan aliran darah ke janin dan mengurangi tekanan pada vena cava inferior.

132. Kunci Jawaban : A. Memberikan oksigen melalui masker
Kata Kunci : tampak sesak napas, TD 90/60 mmHg, nadi 120 bpm, pernapasan 40 x/mnt

Pembahasan :

- A. Memberikan oksigen melalui masker
Tepat. Memberikan oksigen melalui masker adalah langkah pertama yang tepat untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien dengan nyeri dada dan tanda-tanda syok.
- B. Menghubungi dokter untuk konsultasi
Tidak tepat. Menghubungi dokter penting tetapi harus dilakukan setelah tindakan awal,
- C. Melakukan perekaman EKG mungkin
Tidak tepat. Perekaman EKG juga penting tetapi tidak lebih prioritas daripada oksigen.
- D. Memastikan akses intravena kanan dan kiri
Tidak tepat, memastikan akses IV perlu tetapi bukan langkah pertama.
- E. Memberikan analgesik dan bronkhodilator sesuai resep
Tidak tepat, memberikan analgesik tidak tepat tanpa stabilisasi awal.

133. Kunci Jawaban : B. Memastikan kontrol tekanan darah yang baik

Kata Kunci : memiliki riwayat hipertensi, kontrol tidak teratur, jarang minum obat, TD 140/80 mmHg

Pembahasan :

- A. Mendorong diet tinggi garam
Tidak tepat, seharusnya tidak Mendorong diet tinggi garam jelas salah.
- B. Memastikan kontrol tekanan darah yang baik
Tepat. Memastikan kontrol tekanan darah yang baik sangat penting dalam perawatan pasca serangan jantung untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.
- C. Memastikan tidak ada penyakit penyerta
Tidak tepat, aktivitas fisik berat tidak dianjurkan pada tahap ini,
- D. Mengabaikan riwayat kesehatan sebelumnya
Tidak tepat, mengabaikan riwayat kesehatan sangat berisiko
- E. Menyarankan penggunaan suplemen vitamin tinggi
Tidak tepat, suplemen vitamin tinggi (E) perlu dievaluasi lebih lanjut.

134. Kunci Jawaban : B. Menghentikan perdarahan dengan tekanan langsung

Kata Kunci : pucat, akral dingin, tampak darah masih keluar dari area luka

Pembahasan :

- A. Melakukan resusitasi jantung paru (RJP)
Tidak tepat, RJP hanya diperlukan jika pasien tidak bernapas atau tidak ada denyut jantung.
Menghentikan perdarahan dengan tekanan langsung
- B. Tepat. Menghentikan perdarahan dengan tekanan langsung adalah langkah pertama yang penting untuk mencegah kehilangan darah lebih lanjut dan stabilisasi pasien sebelum tindakan lain dilakukan.
- C. Memastikan posisi pasien nyaman
Tidak tepat, memastikan posisi nyaman penting tetapi bukan prioritas utama.

- D. Melakukan pemeriksaan fisik lengkap
Tidak tepat, pemeriksaan fisik lengkap dapat dilakukan setelah stabilisasi.
- E. Melaporkan hasil pengkajian ke dokter
Tidak tepat, Melaporkan hasil pengkajian ke dokter juga perlu tetapi setelah tindakan awal.

135. Kunci Jawaban : D. Menghentikan perdarahan dengan tekanan langsung

Kata Kunci : terlihat fraktur terbuka pada lengan kiri, ada darah yang masih mengalir dari luka.

Pembahasan :

A. Membersihkan luka dengan antiseptik
Tidak tepat, membersihkan luka adalah bukan prioritas utama dalam situasi trauma

B. Menstabilkan fraktur dengan splint
Tidak tepat, menstabilkan fraktur adalah bukan prioritas utama dalam situasi trauma

C. Memastikan akses intravena untuk cairan
Tidak tepat, memastikan akses IV adalah bukan prioritas utama dalam situasi trauma.

D. Menghentikan perdarahan dengan tekanan langsung
Tepat. Menghentikan perdarahan dengan tekanan langsung adalah prioritas utama dalam situasi trauma sebelum melakukan tindakan lain

E. Melaporkan hasil pengkajian ke dokter
Tidak tepat. Menghubungi dokter juga penting tetapi harus dilakukan setelah tindakan awal.

136. Kunci Jawaban : A. Memberikan oksigen nasal kanul sesuai kebutuhan

Kata Kunci : tampak sulit bernapas, saturasi oksigen 88%,

Pembahasan :

A. Memberikan oksigen nasal kanul sesuai kebutuhan

- Tepat. Memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan adalah langkah pertama yang tepat dalam menangani kesulitan bernapas dengan saturasi rendah.
- B. Mengajarkan pasien batuk efektif
Tidak tepat. Mengajarkan pasien batuk efektif bisa memperburuk keadaan.
- C. Melaporkan dan menunggu instruksi dokter
Tidak tepat, Melaporkan dan menunggu instruksi dokter tidak cukup proaktif;
- D. Mengatur posisi semifowler
Tidak tepat, Mengatur posisi semifowler bisa bermanfaat tetapi bukan prioritas utama;
- E. Memberikan kompres hangat di dada
Tidak tepat, memberikan kompres hangat di dada tidak relevan dalam konteks ini.

137. Kunci Jawaban : D. Memasang Alat Oropharyngeal Airway
Kata Kunci : Penurunan kesadaran, frekuensi napas 10x/ menit, SpO₂ 80%, nadi 56x/m, tekanan darah 200/170 mmHg, dan terdengar snoring, GCS 3-3-4.

Pembahasan :

- A. Melakukan suction.
Tidak tepat, bukan prosedur yang tepat untuk mempertahankan jalan napas pasien tersebut
- B. Melakukan manuver Heimlich.
Tidak tepat, bukan prosedur yang tepat untuk mempertahankan jalan napas pasien tersebut
- C. Melakukan manuver jaw thrust
Tidak tepat, bukan prosedur yang tepat untuk mempertahankan jalan napas pasien tersebut
- D. Memasang Alat Oropharyngeal Airway
Tepat. Pasien dalam kondisi tidak sadar, dan terdengar snoring (mengindikasikan lidah jatuh ke belakang dan menutup oropharing). Maka prosedur yang tepat untuk

membebaskan jalan napasnya adalah dengan melakukan pemasangan Oropharyngeal airway.

- E. Memasang Alat Nasopharingeal Airway.

Tidak tepat, bukan prosedur yang tepat untuk mempertahankan jalan napas pasien tersebut.

138. Kunci Jawaban : C. Memantau tanda-tanda vital secara berkala

Kata Kunci : Diabetes Melitus tipe 2, post operasi abses abdomen hari ke 2

Pembahasan :

- A. Memberikan kompres hangat

Tidak tepat, Memberikan kompres hangat tidak perlu dilakukan karena pasien tidak demam.

- B. Mengizinkan makanan tinggi kalori

Tidak tepat, Mengizinkan makanan tinggi kalori pada pasien DM tidak dianjurkan dan dapat memperlambat penyembuhan luka.

- C. Memantau tanda-tanda vital secara berkala

Tepat. Memantau tanda-tanda vital secara berkala adalah langkah penting dalam asuhan keperawatan untuk mendeteksi komplikasi lebih awal setelah pembedahan besar abdomen, terutama pada pasien diabetes melitus tipe 2 yang berisiko tinggi terhadap infeksi dan komplikasi lainnya.

- D. Memberikan obat analgesik untuk mengurangi nyeri

Tidak tepat, Memberikan obat analgesik untuk mengurangi nyeri harus ada advise dari dokter

- E. Menganjurkan pasien untuk segera latihan aktivitas berjalan

Tidak tepat, Menganjurkan pasien untuk segera latihan aktivitas berjalan tidak disarankan.

139. Kunci Jawaban : A. Memberikan cairan intravena melalui infus

Kata Kunci : tidak nafsu makan, intake makanan 2-3 sendok, mual, TD 90/50 mmHg,

Pembahasan :

- A. Memberikan cairan intravena melalui infus

Tepat. Memberikan cairan intravena melalui infus adalah langkah pertama yang tepat untuk mengatasi kemungkinan syok hipovolemik akibat jatuh dan tekanan darah rendah pada pasien tersebut sebelum melakukan tindakan lain.

- B. Melakukan pemeriksaan neurologis lengkap

Tidak tepat, bukan prioritas untuk mengatasi kemungkinan syok hipovolemik akibat jatuh dan tekanan darah rendah pada pasien tersebut

- C. Mengambil riwayat medis secara mendetail

Tidak tepat, bukan prioritas untuk mengatasi kemungkinan syok hipovolemik akibat jatuh dan tekanan darah rendah pada pasien tersebut

- D. Memastikan pasien berbaring dalam posisi nyaman

Tidak tepat, bukan prioritas untuk mengatasi kemungkinan syok hipovolemik akibat jatuh dan tekanan darah rendah pada pasien tersebut

- E. Memberikan kompres hangat.

Tidak tepat, bukan prioritas untuk mengatasi kemungkinan syok hipovolemik akibat jatuh dan tekanan darah rendah pada pasien tersebut.

140. Kunci Jawaban : D. Pelayanan berpusat pada keluarga

Kata Kunci : Ibu hamil dengan anemia, orang tua tinggal bersama di rumah, budaya pantangan makan pada ibu hamil

Pembahasan :

Berdasarkan kasus tersebut, terdapat masalah yang muncul pada ibu hamil (anemia dalam kehamilan) yang dapat

disebabkan salah satunya oleh kurangnya asupan nutrisi/gizi ibu hamil. Maka perawat seharusnya mampu menemukan pendekatan pelayanan keperawatan maternitas yang tepat. Tinjauan pada setiap pilihan jawaban yang disertai alasan, mampu meningkatkan pemahaman mahasiswa terhadap masalah yang disebutkan.

A. Holistik atau menyeluruh

Pendekatan holistik mampu mengoptimalkan kemampuan ibu hamil, baik dalam pemahaman maupun ketrampilannya. Namun, kasus menunjukkan keluarga turut menentukan perawatan pada ibu hamil, berdasarkan keyakinan dan budaya yang dianut.

B. Peningkatan kemampuan klien

Tujuan diberikannya pendidikan kesehatan nutrisi memang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan ibu hamil terutama dalam hal pemilihan menu yang tepat untuk azupan gizi ibu hamil. Namun, posisi ibu hamil di rumah seperti pada kasus tersebut, seringkali bukan menjadi pengambil keputusan, sehingga sangat dipengaruhi oleh orang yang dituakan dan dihormati dalam keluarga tersebut.

C. Peningkatan sumber daya

Edukasi mampu menciptakan sumber daya manusia yang dapat bermanfaat dalam perawatan klien, namun kasus yang ditampilkan lebih menunjukkan perlu adanya upaya meningkatkan pengetahuan keluarga yang mempengaruhi pemenuhan nutrisi pada ibu hamil

D. Pelayanan berpusat pada keluarga

Pendekatan yang dilakukan perawat pada kasus adalah dengan melibatkan keluarga secara langsung dan memberikan dukungan agar keluarga mampu melakukan perawatan pada ibu hamil dengan tepat. Edukasi keluarga yang dilakukan mampu meningkatkan pengetahuan dan merubah persepsi atau keyakinan

yang salah pada keluarga sehingga mampu membantu memenuhi kebutuhan nutrisi pada ibu hamil.

E. Penghargaan kepada klien

Penghargaan kepada klien diberikan ketika klien memperoleh pencapaian yang ditargetkan dari asuhan keperawatan yang dirancang. Hal ini tidak sesuai dengan kasus yang ditampilkan, yang tidak menunjukkan pencapaian yang harus diberikan rewards Jadi, jawaban yang tepat untuk pendekatan pelayanan keperawatan maternitas yang digunakan oleh perawat dalam kasus ini adalah D. Pelayanan berpusat pada keluarga. Ini karena data yang muncul dalam kasus menunjukkan keterlibatan keluarga dalam kondisi kesehatan ibu hamil, melalui pemberian dukungan langsung kepada keluarga diharapkan keluarga mampu turut melakukan perawatan pada ibu hamil dengan tepat.

141. Kunci Jawaban : D. Kesiapan persalinan
Kata Kunci : UK 36 minggu, kondisi sehat, rutin mengikuti kelas ibu hamil, yakin mampu bersalin normal

Pembahasan :

- A. Peningkatan kesehatan

Penulisan rumusan diagnosa tidak sesuai dengan SDKI, seharusnya Peningkatan manajemen kesehatan. Diagnosa ini kurang tepat untuk ditegakkan pada kasus tersebut, karena usia kehamilan klien adalah 36 minggu.

- B. Kesiapan kehamilan

Pada dasarnya secara harfiah diagnosa kesiapan kehamilan tidak terdapat dalam SDKI.

- C. Kesiapan coping keluarga

Penulisan rumusan diagnosa tidak sesuai dengan SDKI, seharusnya kesiapan meningkatkan coping keluarga. Diagnosa ini kurang tepat untuk ditegakkan pada kasus

tersebut, karena kasus tidak menunjukkan data terkait koping keluarga.

D. Kesiapan persalinan

Diagnosa ini sesuai dengan rumusan SDKI dan tepat ditegakkan pada kasus, karena kondisi ibu hamil sehat, sering ikut kelas ibu hamil dan UK 36 minggu yang berarti sudah mendekati persalinan

E. Kesiapan peran orang tua

Penulisan rumusan diagnosa tidak sesuai dengan SDKI, seharusnya kesiapan menjadi orang tua. Diagnosa ini lebih tepat ditegakkan jika ada data yang kuat mengenai peran orang tua dari klien dan suaminya.

Jadi, jawaban yang tepat untuk diagnosa keperawatan yang tepat pada ibu hamil dalam kasus ini adalah D. Kesiapan persalinan. Ini karena data yang muncul dalam kasus menunjukkan ibu hamil di trimester akhir dalam kondisi yang sehat, dan mendukung untuk persalinan normal.

142. Kunci Jawaban : B. Lakukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut

Kata Kunci : Bengkak pada kedua kaki sejak tiga hari terakhir, keluhan sakit kepala dan kelelahan, Tekanan darah 155/90 mmHg, proteinuria (++) , dan teraba edema pada kedua tungkai bawah

Pembahasan :

A. Edukasi ibu untuk meningkatkan asupan cairan dan natrium

Edukasi ibu untuk meningkatkan asupan cairan dan natrium

Pada kondisi preeklampsia, penambahan asupan natrium tidak dianjurkan karena akan memperburuk edema. Disisi lain, fokus tindakan adalah penanganan segera, bukan edukasi.

- B. Lakukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut
Gejala yang ditunjukkan yaitu kondisi hipertensi, proteinuria (++), dan edema merupakan gejala dari preeklampsia. Kondisi tersebut memerlukan monitoring ketat dengan pemberian terapi seperti magnesium sulfat atau antihipertensi sehingga harus dilakukan perawatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjut untuk menyelamatkan ibu dan janin dari komplikasi lebih lanjut seperti eklampsia.
- C. Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi sakit kepala
Teknik ini merupakan tindakan suportif dan tidak menangani masalah utama dari kasus preeklampsia, sehingga tindakan ini bukan prioritas utama dalam kondisi akut.
- D. Monitor tanda-tanda vital (TTV) setiap 2 jam sekali
Monitoring tanda vital secara kontinyu memang penting untuk mengetahui perkembangan kondisi terkini ibu, namun hanya tindakan pemantauan yang langsung menangani masalah utama (preeklampsia).
- E. Anjurkan ibu untuk istirahat dengan posisi miring kiri
Posisi miring kiri dilakukan agar perfusi plasenta meningkat, namun pada kondisi preeklampsia penanganan yang lebih spesifik dan bersifat segera lebih diprioritaskan

Jadi, jawaban yang tepat untuk tindakan keperawatan prioritas yang harus dilakukan dalam kasus ini adalah B. Lakukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Hal ini karena data yang muncul dalam kasus menunjukkan ibu hamil mengalami preeklampsia, dan harus medapatkan tindakan medis di pelayanan kesehatan untuk mencegah terjadinya eklampsia.

- 143. Kunci Jawaban** : C. Ajarkan teknik pernapasan untuk mengurangi kecemasan
- Kata Kunci** : Ibu tampak cemas dan sering meminta bantuan, kontraksi setiap 5 menit yang berlangsung selama 40 detik, pembukaan serviks 7 cm

Pembahasan :

- A. Lakukan amniotomi untuk mempercepat proses persalinan

Tindakan amniotomi hanya dilakukan oleh tenaga medis dengan indikasi tertentu, bukan merupakan tindakan prioritas yang dilakukan perawat. Kasus juga tidak menunjukkan adanya tanda-tanda kegawatan seperti distres janin. Pilihan ini tidak sesuai.

- B. Monitor denyut jantung janin setiap 30 menit

Monitoring DJJ penting untuk memastikan kesejahteraan janin selama persalinan. Tindakan ini adalah tindakan pendukung karena tidak mengatasi masalah utama yaitu kecemasan ibu bersalin.

- C. Ajarkan teknik pernapasan untuk mengurangi kecemasan

Teknik ini merupakan teknik relaksasi yang mampu mengurangi kecemasan ibu dan memastikan ibu tetap mampu bekerja sama dalam proses persalinan saat fase aktif. Teknik ini mendukung kondisi fisik dan mental ibu selama persalinan, sehingga intervensi ini merupakan intervensi prioritas.

- D. Siapkan peralatan untuk tindakan vakum ekstraksi

Tindakan vakum ekstraksi hanya dilakukan jika ada indikasi tertentu seperti persalinan macet atau distres janin, yang tidak ditemukan dalam kasus ini.

- E. Evaluasi kontraksi uterus setiap 15 menit

Evaluasi kontraksi uterus memang penting dalam memantau kemajuan persalinan, tetapi bukan intervensi utama untuk mengatasi kecemasan yang dialami ibu.

Jadi, jawaban yang tepat untuk intervensi keperawatan utama pada kasus ini adalah C. Ajarkan teknik pernapasan untuk mengurangi kecemasan. Hal ini karena data yang muncul dalam kasus menunjukkan ibu hamil mengalami kecemasan, dan kondisi ini akan berdampak kepada kemampuan ibu dalam proses persalinan.

144. Kunci Jawaban**Kata Kunci****Pembahasan**

: C. Rujuk pasien untuk pemberian terapi medis dan pemeriksaan lanjutan

: nyeri perut bagian bawah yang semakin parah, keluar cairan berbau tidak sedap dari vagina, suhu tubuh 38,5°C, dan keluar cairan purulen dari serviks

:

- A. Monitor tanda-tanda vital (TTV) setiap 4 jam sekali
Monitoring TTV dilakukan untuk memantau perkembangan kondisi pasien, namun tindakan ini bersifat pemantauan, bukan intervensi utama.
- B. Edukasi pasien untuk menjaga kebersihan di area genitalia
Edukasi tersebut diberikan untuk mencegah infeksi lebih lanjut, namun tindakan edukasi bukan tindakan prioritas utama karena kasus menunjukkan sudah ada tanda infeksi ginekologi akut seperti *pelvic inflammatory disease* (PID).
- C. Rujuk pasien untuk pemberian terapi medis dan pemeriksaan lanjutan
Kasus menunjukkan tanda gejala adanya infeksi ginekologi akut seperti PID, sehingga membutuhkan antibiotik segera untuk mengatasi penyebab infeksi dan mencegah komplikasi. Rujukan juga ditujukan untuk pemeriksaan lebih lanjut mengenai kondisi infeksi yang dialami. Tindakan ini adalah tindakan prioritas, karena menangani penyebab utama masalah pasien.

- D. Lakukan kompres hangat pada perut bawah dalam mengurangi nyeri

Tindakan ini adalah intervensi simptomatik, yang membantu mengatasi nyeri yang muncul, namun bukan intervensi yang mengatasi masalah utama yang terjadi yaitu infeksi. Berikan informasi penggunaan kontrasepsi sebagai upaya pencegahan

- E. Tindakan edukasi kontrasepsi dapat diberikan setelah penatalaksanaan infeksi dilakukan, karena edukasi ini untuk pencegahan di masa depan, yang bersifat edukasi jangka panjang.

Jadi, jawaban yang tepat untuk tindakan keperawatan prioritas yang harus dilakukan pada kasus ini adalah C. Rujuk pasien untuk pemberian terapi medis dan pemeriksaan lanjutan. Hal ini karena data yang muncul dalam kasus menunjukkan pasien mengalami infeksi ginekologi akut, sehingga membutuhkan terapi medis untuk dapat menangani penyebab utama masalah pasien yang didukung dengan pemeriksaan penunjang yang tepat untuk mengetahui kondisi infeksi yang dialami.

145. Kunci Jawaban : C. Rujuk ke fasilitas rujukan sekunder atau tersier segera

Kata Kunci : Tampak perdarahan berwarna merah segar, sejak 2 jam lalu, dan tidak ada keluhan nyeri, USG meperlihatkan plasenta menutupi sebagian dari os serviks.

Pembahasan :

- A. Edukasi ibu untuk meningkatkan asupan cairan dan istirahat total

Tindakan edukasi bukan menjadi intervensi utama untuk menangani perdarahan aktif akibat plasenta previa. Tindakan ini hanyalah intervensi pendukung

- B. Lakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui status serviks
Pada kasus *placenta previa*, pemeriksaan dalam merupakan tindakan yang dikontraindikasikan karena dapat memperparah perdarahan yang terjadi bahkan mampu meningkatkan risiko komplikasi. Tindakan ini tidak aman.
- C. Rujuk ke fasilitas rujukan sekunder atau tersier segera
Perdarahan pada kehamilan seperti kasus yaitu kondisi kasus *placenta previa*, memerlukan penanganan spesialis di fasilitas kesehatan yang mampu memberikan tindakan definitif, misalnya persalinan darurat jika diperlukan, sehingga intervensi ini merupakan prioritas utama yang dapat mencegah komplikasi serius bagi ibu dan janin.
- D. Monitor tanda-tanda vital (TTV) setiap 30 menit
Pemantauan TTV memang penting untuk mengetahui kondisi hemodinamik ibu, namun tidak dapat secara langsung mengatasi atau menangani penyebab utama perdarahan.
- E. Pasang infus untuk pemberian cairan kristaloid
Pemberian cairan kristaloid hanya untuk mengantisipasi kehilangan cairan akibat perdarahan, yang termasuk tindakan pendukung, bukan untuk penanganan definitif.
Jadi, jawaban yang tepat untuk tindakan keperawatan prioritas pada kasus ini adalah C. Rujuk ke fasilitas rujukan sekunder atau tersier segera, karena pasien mengalami *placenta previa sehingga* memerlukan penanganan spesialis di fasilitas kesehatan yang mampu memberikan tindakan definitif.

146. Kunci Jawaban : D. Siapkan ibu untuk rujukan ke fasilitas yang lebih lengkap
Kata Kunci : Nyeri kepala berat, tekanan darah

165/100 mmHg, proteinuria (+++), bengkak pada wajah dan ekstremitas, pandangan kabur

Pembahasan :

- A. Berikan cairan kristaloid untuk rehidrasi

Cairan kristaloid diperlukan dalam menstabilkan kondisi hemodinamik ibu, namun kasus menunjukkan tanda dari preeklampsia berat. Dalam kondisi ini, pengendalian tekanan darah dan pencegahan kejang adalah lebih penting dibandingkan dengan rehidrasi.

- B. Monitor tekanan darah setiap 15 menit

Monitoring tekanan darah rutin dilakukan untuk menilai perkembangan kondisi ibu namun tindakan pemantauan ini bukanlah penanganan langsung terhadap kondisi akut yang ada.

- C. Edukasi tentang tanda-tanda bahaya preeklampsia

Edukasi tersebut diperlukan untuk pencegahan komplikasi pada kehamilan resiko tinggi, namun edukasi lebih relevan pada fase stabil, bukan pada situasi emergensi seperti yang ditunjukkan dalam kasus (preeklampsia berat).

- D. Siapkan ibu untuk rujukan ke fasilitas yang lebih lengkap
Preeklampsia berat harus ditangani di fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Penanganan medis segera atau tindakan persalinan mungkin diperlukan untuk mencegah perburukan ke kondisi eklampsia. Rujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap merupakan tindakan prioritas dalam kondisi ini

- E. Ajarkan ibu teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan

Kecemasan bukan masalah utama dalam kasus tersebut, sehingga teknik relaksasi bukan tindakan yang sesuai dalam keadaan gawat seperti kondisi dengan preeklampsia pada kasus yang diujikan.

Jadi, jawaban yang tepat untuk intervensi keperawatan utama pada kasus ini adalah D. Siapkan ibu untuk rujukan ke fasilitas yang lebih lengkap, karena kasus menunjukkan kondisi Preeklampsia berat yang harus ditangani di fasilitas kesehatan tingkat lanjut, untuk mencegah perburukan kondisi.

- 147. Kunci Jawaban : E. Endometrium**
- Kata Kunci : Anatomi sistem reproduksi wanita, tempat implantasi hasil konsepsi**
- Pembahasan :**
- A. Serviks
Serviks adalah bagian yang menghubungkan antara uterus dengan vagina. Bagian bawah uterus ini berperan dalam persalinan dengan membuka jalan saat persalinan, sehingga bukan tempat implantasi.
 - B. Ovarium
Ovarium adalah struktur yang berfungsi menghasilkan dan melepaskan sel telur (ovum).
 - C. Tuba falopi
Tuba falopi adalah saluran pada sistem reproduksi wanita yang menjadi tempat konsepsi, namun hasil konsepsi tidak melakukan implantasi di saluran ini, namun akan bergerak menuju uterus.
 - D. Miometrium
Miometrium adalah lapisan otot uterus yang akan mengalami kontraksi dan hanya mendukung struktur uterus, bukan menjadi tempat implantasi hasil konsepsi
 - E. Endometrium
Endometrium merupakan lapisan terdalam dari uterus yang mengalami perubahan untuk mempersiapkan tempat implantasi hasil konsepsi. Jika terjadi pembuahan, maka endometrium akan menjadi tempat implantasi hasil konsepsi dan mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin.

Jadi, jawaban yang tepat untuk nama struktur yang dimaksud pada kasus ini adalah E. Endometrium, yang merupakan lapisan terdalam dari uterus sebagai tempat implantasi hasil konsepsi.

- 148. Kunci Jawaban** : C. Oligomenore
Kata Kunci : menstruasi tidak teratur dalam enam bulan terakhir, siklus menstruasi lebih dari 45 hari, jumlah darah sedikit, dengan durasi menstruasi 2 hari.

Pembahasan :

A. Amenore primer

Amenore primer merupakan kondisi seorang wanita yang belum pernah mengalami menstruasi pertama (menarche) pada usia ≥ 15 tahun. Dalam kasus ini, pasien telah memiliki riwayat menstruasi, sehingga tidak sesuai.

B. Amenore sekunder

Amenore sekunder merupakan kondisi seorang wanita yang sebelumnya memiliki siklus menstruasi yang teratur namun mengalami gangguan selama 3 bulan terakhir menstruasi berhenti. Hal ini tidak sesuai dengan kasus, karena menstruasi masih terjadi meskipun dengan interval yang panjang.

C. Oligomenore

Oligomenore merupakan gangguan menstruasi yang ditunjukkan dengan gejala siklus menstruasi lebih panjang dari 35 hari, jumlah darah menstruasi sedikit dalam durasi yang juga singkat. Karakteristik tersebut sesuai dengan kondisi yang ditunjukkan dalam kasus.

D. Dismenore

Dismenore merupakan nyeri menstruasi yang signifikan, baik pada menstruasi primer maupun sekunder. Dalam kasus ini pasien tidak melaporkan nyeri menstruasi.

E. Polimenore

Polimenore merupakan gangguan menstruasi yang ditunjukkan dengan gejala siklus menstruasi lebih sering dari 21 hari. Kondisi ini tidak sesuai dengan kasus.

Jadi, jawaban yang tepat untuk diagnosa gangguan menstruasi yang dialami pada pasien tersebut adalah C. Oligomenore. Hal ini sesuai dengan data pada kasus yang menunjukkan gejala dari Oligomenore yaitu siklus menstruasi lebih panjang dari 35 hari, jumlah darah menstruasi sedikit dalam durasi yang juga singkat.

149. Kunci Jawaban

Kata Kunci

: A. Mempercepat involusi uterus

: ibu post-partum hari ke-4, melahirkan normal tanpa komplikasi, latihan kontraksi otot perut dan panggul dalam kondisi berbaring

Pembahasan :

A. Mempercepat involusi uterus

Latihan otot perut dan panggul mendukung kontraksi uterus yang akan mengoptimalkan proses kembalinya uterus ke ukuran normal (proses involusi uterus) yang menjadi tujuan utama dilakukannya senam nifas. Optimalnya involusi uterus akan membantu mencegah komplikasi seperti subinvolusi atau perdarahan.

B. Mendukung sirkulasi darah perifer

Peningkatan sirkulasi darah perifer adalah manfaat tambahan (efek positif) dari senam nifas, yang diperoleh dari Latihan ringan dalam senam nifas, bukan tujuan utama.

C. Mencegah perdarahan paska partum

Pencegahan perdarahan bukanlah fokus utama dari senam nifas meskipun kondisi tersebut dapat dicegah dengan latihan yang mendukung kontraksi otot uterus. Perdarahan nifas adalah efek sekunder dari involusi

uterus. Pencegahan perdarahan lebih relevan dilakukan dalam manajemen aktif kala tiga persalinan.

D. Meningkatkan kekuatan otot panggul

Tujuan penguatan otot panggul lebih berkaitan dengan senam kegel (latihan khusus) bukan latihan kontraksi perut dan panggul yang menjadi fokus utama terjadinya involusi uterus.

E. Mengurangi risiko terjadinya konstipasi

Mengurangi resiko konstipasi juga menjadi efek positif dari senam nifas, karena latihan dalam senam nifas dapat mendukung gerakan usus. Namun mengurangi konstipasi bukanlah fokus dari latihan kontraksi perut dan panggul pada senam nifas.

Jadi, jawaban yang tepat untuk tujuan utama dari latihan pada kasus tersebut adalah A. Mempercepat involusi uterus. Hal ini karena latihan otot perut dan panggul mendukung kontraksi uterus yang akan mengoptimalkan proses kembalinya uterus ke ukuran normal (proses involusi uterus) yang menjadi tujuan utama dilakukannya senam nifas.

150. Kunci Jawaban : C. Depression

Kata Kunci : Tampak murung, suara pelan, tidak minat aktivitas, mengurung diri di kamar.

Pembahasan :

Kehilangan dan berduka merupakan bagian integral dari kehidupan. Kehilangan adalah suatu keadaan individu yang berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, kemudian menjadi tidak ada, baik terjadi sebagian atau keseluruhan(Lambert dan Lambert,1985).

Terdapat 5 kategori kehilangan, yakni:

- 1) Kehilangan seseorang yang dicintai. Misalnya: kehilangan orang yang dicintai seperti suami/istri atau anak karena kematian.
- 2) Kehilangan yang ada pada diri sendiri. Kehilangan ini

merupakan kehilangan pada aspek diri yang mungkin dapat menetap atau sementara. Misalnya: kehilangan pendengaran, ingatan, usia muda dan fungsi tubuh.

- 3) Kehilangan objek eksterna. Misalnya kehilangan milik sendiri atau bersama-sama, perhiasan, uang, atau pekerjaan.
- 4) Kehilangan lingkungan yang sangat dikenal. Misalnya pindah ke kota lain, sehingga harus menyesuaikan diri lagi dengan tetangga lain.
- 5) Kehilangan kehidupan atau meninggal. Seseorang dapat mengalami mati baik secara fikiran atau perasaan, dan respon pada kegiatan dan orang di sekitarnya.

Rentang respon kehilangan:

Denial → Anger → Bergaining →Depresi →Acceptance

A. Denial = Penolakan:

- 1) Reaksi pertama adalah syok, tidak mempercayai kenyataan
- 2) Verbalisasi; " itu tidak mungkin", " saya tidak percaya itu terjadi ".
- 3) Perubahan fisik; letih, lemah, pucat, mual, diare, gangguan pernapasan, detak jantung cepat, menangis, gelisah.

B. Anger = Marah:

- 1) Mulai sadar akan kenyataan
- 2) Marah diproyeksikan pada orang lain.
- 3) Reaksi fisik; muka merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, tangan mengepal.
- 4) Perilaku agresif.

C. Bergaining = tawar-menawar:

Cenderung terlihat perilaku secara verbal dengan mengatakan: "Kenapa harus terjadi pada saya?", atau " Kalau saja yang sakit bukan saya ", atau "seandainya saya hati-hati".

D. Depresi:

- 1) Menunjukkan sikap menarik diri, tidak mau bicara atau putus asa, menyendiri, mengurung diri, menjauhi kelompok.
- 2) Gejala: menolak makan, susah tidur, letih, dorongan libido menurun.

E. Acceptance = menerima:

- 1) Pikiran pada objek yang hilang berkurang.
- 2) Verbalisasi: "apa yang dapat saya lakukan agar saya cepat sembuh", atau "yah, akhirnya saya memang harus operasi"

151. Kata Kunci	: D. Gangguan Citra Tubuh
Kata Kunci	: Ada bekas luka pipi kiri dan dagu, tidak berani bercermin, menutupi dagu kirinya dengan rambut.

Pembahasan:

Self concept atau konsep diri adalah cara dan sikap seorang individu dalam memandang dirinya sendiri. Pandangan atau perspektif diri meliputi aspek fisik maupun psikis, seperti mengenal karakteristik individu itu sendiri, tingkah laku atau perbuatannya, kemampuan dirinya, dan sebagainya. Tak hanya mencakup kekuatan diri individu itu saja, melainkan kelemahan dan kegagalan yang ada pada dirinya.

Sebagai contoh, apabila individu menganggap bahwa dirinya memiliki kemampuan untuk mengatasi masalah yang dihadapinya, akan terbentuk *self concept* yang baik atau positif pada dirinya. Namun, sebaliknya, apabila individu itu menganggap bahwa dirinya tidak mampu atau dalam artian pesimis sebelum mencoba, akan terbentuk *self concept* yang negatif pada dirinya.

A. Gangguan Ideal Diri.

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku sesuai dengan standar pribadi. faktor yang mempengaruhi ideal diri: kecenderungan individu

menetapkan ideal diri pada batas kemampuannya, ambisi dan keinginan untuk menghindari kegagalan, perasaan cemas dan rendah diri (Stuart & Sunden, 1998). Jadi orang yang mengalami gangguan ideal diri ini cenderung memiliki keinginan yang terlalu besar, tanpa menyesuaikan keinginan tersebut dengan kemampuan yang dimiliki.

B. Gangguan Harga Diri

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri (Stuart & Sunden, 2007). walaupun melakukan kekalahan dan kegagalan tetapi tetap merasa sebagai seorang yang penting dan berharga (Carpenito, 2001). Perilaku secara verbal yang sering diungkapkan orang yang mengalami gangguan harga diri, "saya merasa tidak berguna", "saya merasa gagal dalam menjalankan peran saya", "saya merasa malu karena gagal atau jelek" dan sebagainya.

C. Gangguan Peran Diri

Peran diri adalah Serangkaian pola perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi individu diberbagai kelompok sosial. Bentuk perilaku dalam gangguan peran diri adalah peran yang dilaksanakan tidak sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya dalam kelompok, seperti: peran yang dimiliki oleh seseorang adalah sebagai anggota, namun tugas yang dilaksanakan lebih mengarah pada peran sebagai ketua.

D. Gangguan Citra Tubuh

Gambaran diri/citra tubuh adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar. Persepsi dan perasaan tentang ukuran, bentuk, fungsi, penampilan dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu, sehingga setiap perubahan tubuh akan mempengaruhi kehidupan individu (Stuart & Sunden, 2007).

Kecenderungan perilaku gangguan citra tubuh adalah menutupi bagian tubuh yang dianggap kurang sempurna karena cacat, post operasi, adanya kelainan pada tubuh.

E. Gangguan Identitas Diri

Identitas diri adalah kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian, yang merupakan sintesa dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh (Stuart & Sundeen, 2007). Orang dengan gangguan identitas diri cenderung tidak mengetahui berbagai hal kelebihan dan potensi yang dimilikinya. Misalnya: orang lain mengatakan bahwa dirinya mampu untuk melakukan hal tersebut, namun dia mengatakan tidak, saya tidak mampu.

152. Kunci Jawaban : A. Identifikasi penyebab isolasi sosial
Kata Kunci : tidak mau keluar ruangan, kontak mata kurang, menghindar diajak berkomunikasi, isolasi sosial

Pembahasan:

Isolasi sosial adalah kondisi ketika seseorang mengalami penurunan atau bahkan tidak mampu berinteraksi dengan orang lain. Kondisi ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti: Merasa ditolak, Tidak diterima, Kesepian, Tidak mampu menjalin hubungan yang baik, Kehilangan hubungan akrab, Tidak memiliki kesempatan untuk berbagi rasa, pikiran, dan kegagalan.

Isolasi sosial dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan mental, seperti gangguan jantung dan stroke. Beberapa gejala isolasi sosial, antara lain: Merasa tidak aman berada dengan orang lain, Mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain, Merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu, Tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan, Merasa tidak berguna.

Hasil pengumpulan data pada orang yang mengalami isolasi sosial adalah:

Data Objektif: Apatis, ekspresi sedih, afek tumpul, menyendiri, berdiam diri di kamar, banyak diam, kontak mata kurang (menunduk), menolak berhubungan dengan orang lain, perawatan diri kurang, posisi menekuk.

Data Subjektif: Sukar didapat jika menolak komunikasi, kadang hanya menjawab secara singkat, ya atau tidak.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan dalam mengatasi masalah Isolasi Sosial adalah:

Strategi Pelaksanaan Tindakan (SP) Pasien 1:

Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial, membantu pasien mengenal keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, dan mengajarkan pasien berkenalan.

Strategi Pelaksanaan Tindakan (SP) Pasien 2:

Mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang pertama -Perawat-)

Strategi Pelaksanaan Tindakan (Pasien) 3:

Melatih pasien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang kedua -pasien lain-)

153. Kunci Jawaban : D. Latih teknik menghardik

Kata Kunci : bicara sendiri, menunjuk-nunjuk arah tertentu, memukul ke arah tersebut

Pembahasan:

Halusinasi adalah gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar, suatu penghayatan yang dialami suatu

persepsi melalui panca indra tanpa stimulus ekstrem atau persepsi palsu (Prabowo, 2014).

Halusinasi terdiri dari beberapa jenis dengan karakteristik tertentu, diantaranya:

- 1) Halusinasi pendengaran (auditorik) Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara orang. Biasanya mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.
- 2) Halusinasi pengelihatan (visual) Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometric, gambar kartun, panorama yang luas dan bayangan yang menakutkan.
- 3) Halusinasi penghidu (Olfaktori) Gangguan stimulus pada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau menjijikan, tapi kadang terhidu bau harum.
- 4) Halusinasi peraba (taktil) Gangguan stimulus yang ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa ada stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.
- 5) Halusinasi pengecap (gustatorik) Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasaan sesuatunya yang busuk, amis, dan menjijikan
- 6) Halusinasi sinestetik Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentuan urine.

Berdasarkan perencanaan tindakan dalam masalah keperawatan halusinasi, maka implementasi yang dapat dilakukan yakni dalam bentuk strategi pelaksanaan tindakan (SP) menurut (Damaiyanti, 2012), terdiri atas:

- 1) Strategi pelaksanaan tindakan 1 (SP-1):
 - a) Mengidentifikasi jenis halusinasi klien.
 - b) Mengidentifikasi isi halusinasi klien.

- c) Mengidentifikasi waktu halusinasi klien.
 - d) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien.
 - e) Mengidentifikasi situasi yang dapat menyebabkan halusinasi klien
 - f) Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi klien.
 - g) Mengajarkan klien menghindari halusinasi.
 - h) Menganjurkan klien memasukkan cara menghindari kedalam kegiatan harian.
- 2) Strategi pelaksanaan tindakan 2 (SP-2):
- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
 - b) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara berbicara - bicara dengan orang lain.
 - c) Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.
- 3) Strategi pelaksanaan tindakan 3 (SP-3):
- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
 - b) Melatih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan.
 - c) Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.
- 4) Strategi pelaksanaan tindakan 4 (SP-4):
- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
 - b) Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur

154. Kunci Jawaban**Kata Kunci****: D. Orientasikan pada realitas****: meyakini bahwa dirinya adalah utusan dari Tuhan, diucapkan berulang kali, marah jika tidak dipanggil nabi.****Pembahasan :**

Berdasarkan hasil pengkajian yang tertera pada kasus diatas, yakni: pasien meyakini bahwa dirinya adalah utusan dari Tuhan dan penyelamat manusia. Hal ini diucapkan berulang kali pada setiap orang. Maka dapat disimpulkan bahwa

masalah keperawatan yang tepat adalah Waham, yakni waham agama.

Waham adalah suatu keyakinan yang salah yang dipertahankan secara kuat/terus menerus namun tidak sesuai dengan kenyataan.

Tanda dan Gejala waham adalah:

A. Waham kebesaran

Meyakini bahwa ia memiliki kebesaran atau kekuasaan khusus, diucapkan berulangkali tetapi tidak sesuai kenyataan. Contoh: "Saya ini pejabat di departemen kesehatan lho.." atau "Saya punya tambang emas"

B. Waham Curiga

Meyakini bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan/mecederai dirinya, diucapkan berulangkali tetapi tidak sesuai kenyataan. Contoh: "Saya tahu..seluruh saudara saya ingin menghancurkan hidup saya karena mereka iri dengan kesuksesan saya"

C. Waham agama

Memiliki keyakinan terhadap suatu agama secara berlebihan, diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan Contoh: "Kalau saya mau masuk surga saya harus menggunakan pakaian putih setiap hari"

D. Waham Somatic

Meyakini bahwa tubuh atau bagian tubuhnya terganggu/terserang penyakit, diucapkan berulangkali tetapi tidak sesuai kenyataan Contoh: "Saya sakit kanker", setelah pemeriksaan laboratorium tidak ditemukan tanda-tanda kanker namun pasien terus mengatakan bahwa ia terserang kanker.

E. Waham Nihilistic

Meyakini bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia/meninggal,diucapkan berulangkali tetapi tidak sesuai kenyataan. Contoh: "Ini kan alam kubur ya, semua yang ada disini adalah roh-roh"

Tindakan Keperawatan pada Pasien Waham:

1. Bina hubungan saling percaya
2. Bantu orientasi realita
3. Diskusikan kebutuhan psikologis/emosional yang tidak terpenuhi sehingga menimbulkan kecemasan, rasa takut dan marah.
4. Tingkatkan aktivitas yang dapat memenuhi kebutuhan fisik dan emosional pasien
5. Berdiskusi tentang kemampuan positif yang dimiliki
6. Bantu melakukan kemampuan yang dimiliki
7. Berdiskusi tentang obat yang diminum
8. Melatih minum obat yang benar

155. Kunci Jawaban : A. Halusinasi
Kata Kunci : tersenyum sendiri, mulut berkomat-kamit, mata tampak tertuju pada satu arah.

Pembahasan :

Pengertian diagnosa keperawatan jiwa adalah identifikasi / penilaian terhadap pola respon klien baik aktual maupun potensial (Stuart dan Larai, 2001)

Tipe-tipe diagnosa keperawatan jiwa dalam rencana asuhan keperawatan jiwa dan dokumentasi oleh Carpenito adalah:

- 1) Diagnosa Aktual; fokus intervensi yaitu mengurangi atau menghilangkan masalah.
- 2) Diagnosa Resiko Tinggi; fokus intervensi untuk mengurangi faktor resiko untuk mencegah terjadinya masalah actual.
- 3) Diagnosa kemungkinan; fokus intervensi mengumpulkan data tambahan untuk / atau menetapkan tanda gejala / faktor resiko.
- 4) Masalah Kolaboratif; fokus intervensi menentukan awitan atau status masalah penatalaksanaan status

Terdapat 7 diagnosa keperawatan yang lazim muncul pada klien gangguan jiwa, yakni:

- 1) Perilaku Kekerasan
- 2) Halusinasi
- 3) Isolasi sosial
- 4) Harga diri rendah
- 5) Waham
- 6) Resiko bunuh diri
- 7) Defisit perawatan diri

Untuk menetapkan masalah utama keperawatan jiwa, ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam pengkajian, yaitu: Masalah bersifat aktual, berdasarkan keluhan utama/alasan masuk, masalah yang paling membahayakan jiwa, dan perhatikan masalah paling dominan.

- 156. Kunci Jawaban : D. Stimulasi persepsi**
- Kata Kunci :** ekspresi tegang, tangan mengepal, mata melotot, bicara kasar dan keras, mengancam dan memukul.

Pembahasan :

Berdasarkan hasil pengkajian pada kasus diatas, dapat diketahui bahwa masalah keperawatan yang dapat ditegakkan dilihat dari perilaku dominan yang ditunjukkan oleh klien adalah resiko perilaku kekerasan.

Tanda-tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat berupa:

- Tanda-tanda fisik, seperti: Muka merah dan tegang, Mata melotot atau pandangan tajam, Mengepalkan tangan, Mengatupkan rahang dengan kuat, Postur tubuh kaku, Jalan mondar-mandir.
- Tanda-tanda verbal, seperti: Bicara kasar, suara tinggi, menjerit, atau berteriak, Mengancam secara verbal atau fisik, Mengumpat dengan kata-kata kotor, ketus.
- Tanda-tanda perilaku, seperti: Melempar atau memukul benda/orang lain, Merusak benda atau barang, Tidak memiliki kemampuan mencegah/mengendalikan perilaku kekerasan.

- Tanda-tanda emosional, seperti: Merasa kesal atau marah, Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan, Mudah tersinggung, bermusuhan, tidak kooperatif, defensif, dan curiga.

Terapi aktivitas kelompok (TAK) adalah tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memantau dan meningkatkan hubungan antar pasien. TAK dapat dilakukan di rumah sakit jiwa, di komunitas, atau di rumah pasien. Manfaat TAK, di antaranya: Meningkatkan kemampuan menguji kenyataan melalui komunikasi dan umpan balik, Meningkatkan fungsi psikologis, Meningkatkan motivasi hidup.

Untuk mengikuti TAK, pasien harus tenang, kooperatif, dan telah lulus terapi individu.

Jenis – jenis TAK yakni:

- A. Sosialisasi ➔ Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) adalah upaya untuk membantu pasien dalam melakukan interaksi sosial dan berperan dalam lingkungan sosial. TAKS bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam: Memperkenalkan diri, Berkenalan dengan anggota kelompok, Bercakap-cakap dengan anggota kelompok, Menyampaikan dan membicarakan topik percakapan, Menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi pada orang lain, Menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAKS.
- B. Orientasi realita ➔ Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) orientasi realita adalah terapi yang bertujuan membantu pasien untuk mengenali diri sendiri, orang lain, waktu, dan tempat. Terapi ini dapat memberikan hasil yang baik dalam mengubah perilaku pasien dan meningkatkan perilaku adaptif.
- C. Stimulasi sensori ➔ Terapi aktivitas kelompok (TAK) stimulasi sensori adalah terapi yang dilakukan dengan

merangsang limpa indera pasien untuk mengekspresikan perasaannya. Terapi ini dapat dilakukan untuk berbagai tujuan, seperti: Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pasien tentang cara mengontrol halusinasi, Meningkatkan fungsi kognitif dan psikomotor lansia, Meningkatkan kepekaan sensorik dan interaksi sosial pasien dengan gangguan kejiwaan. Beberapa aktivitas yang dapat dilakukan dalam terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori, di antaranya: Mendengarkan musik, Menggambar, Menonton video, Permainan bisik kata. Terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori dilakukan dengan beberapa metode, seperti demonstrasi, diskusi, tanya jawab, dan penggunaan media menggambar. Terapi ini dilakukan selama beberapa sesi dengan melibatkan beberapa pasien dan didukung oleh perawat sebagai fasilitator.

- D. Stimulasi persepsi → Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan aktivitas sebagai stimulus untuk didiskusikan dalam kelompok. Terapi ini dapat membantu pasien untuk: Mempersepsikan stimulus yang dipaparkan dengan tepat, Menyelesaikan masalah yang timbul dari stimulus yang dialami, Mengidentifikasi hal positif pada dirinya. Terapi ini dapat digunakan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Dalam terapi ini, pasien dilatih untuk mempersepsikan stimulus dari luar secara nyata.

Dalam terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi, aktivitas digunakan sebagai terapi, dan kelompok digunakan sebagai target asuhan. Di dalam kelompok, terjadi dinamika interaksi yang saling bergantung, saling membutuhkan, dan menjadi laboratorium tempat klien berlatih perilaku baru.

- E. Penyaluran energi → Terapi aktivitas kelompok penyaluran energi adalah teknik untuk menyalurkan energi secara konstruktif dan asertif dengan mengungkapkan marah tanpa menimbulkan kerugian pada diri sendiri. Terapi ini menggunakan aktivitas fisik untuk memperlancar peredaran darah otak, meningkatkan jumlah dopamin dan serotonin yang dapat menimbulkan perasaan senang, rasa puas dan suasana hati yang nyaman.

157. Kunci Jawaban : C. Menolak pengobatan

Kata Kunci : Presipitasi, tidak mau minum obat

Pembahasan :

Penyebab gangguan jiwa dapat juga dipengaruhi oleh 2 faktor, yakni:

- Faktor Predisposisi (Pendukung) → kurun waktu kejadian dengan terjadinya gangguan jiwa cukup lama atau panjang

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang menjadi sumber terjadinya stres yang memengaruhi tipe dan sumber dari individu untuk menghadapi stres baik yang biologis, psikososial, dan sosiokultural. Secara bersama-sama, faktor ini akan memengaruhi seseorang dalam memberikan arti dan nilai terhadap stres pengalaman stres yang dialaminya.

Adapun macam-macam faktor predisposisi meliputi hal sebagai berikut:

1. Biologi: latar belakang genetik, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan umum, dan terpapar racun.
2. Psikologis: kecerdasan, keterampilan verbal, moral, personal, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis, dan kontrol.
3. Sosiokultural: usia, gender, pendidikan, pendapatan, okupasi, posisi sosial, latar belakang

budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial, dan tingkatan sosial.

- ▶ Faktor Presipitasi (Pencetus) → kurun waktu kejadian dengan terjadinya gangguan jiwa sangat dekat
Faktor presipitasi adalah stimulus yang mengancam individu. Faktor presipitasi memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi ini dapat bersifat biologis, psikologis, dan sosiokultural. Waktu merupakan dimensi yang juga memengaruhi terjadinya stres, yaitu berapa lama terpapar dan berapa frekuensi terjadinya stres. Adapun faktor presipitasi yang sering terjadi adalah sebagai berikut.

- 1) Kejadian yang menekan (*stressful*)

Ada tiga cara mengategorikan kejadian yang menekan kehidupan, yaitu aktivitas sosial, lingkungan sosial, dan keinginan sosial. Aktivitas sosial meliputi keluarga, pekerjaan, pendidikan, sosial, kesehatan, keuangan, aspek legal, dan krisis komunitas. Lingkungan sosial adalah kejadian yang dijelaskan sebagai jalan masuk dan jalan keluar. Jalan masuk adalah seseorang yang baru memasuki lingkungan sosial. Keinginan sosial adalah keinginan secara umum seperti pernikahan.

- 2) Ketegangan hidup

Stres dapat meningkat karena kondisi kronis yang meliputi ketegangan keluarga yang terus-menerus, ketidakpuasan kerja, dan kesendirian. Beberapa ketegangan hidup yang umum terjadi adalah perselisihan yang dihubungkan dengan hubungan perkawinan, perubahan orang tua yang dihubungkan dengan remaja dan anak-anak, ketegangan yang dihubungkan dengan ekonomi keluarga, serta overload yang dihubungkan dengan peran.

158. Kunci Jawaban : D. Diskusikan kebutuhan pasien yang tidak terpenuhi

Kata Kunci : Dirinya harus diamankan, memegang rahasia negara, diucapkan berulang-ulang, mendominasi pembicaraan.

Pembahasan:

Dalam proses keperawatan, kita mengenal ada 5 tahapan, yakni: Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi/rencana Tindakan, Implementasi/Tindakan keperawatan, dan Evaluasi atau penilaian.

Pada kasus tersebut, kita sudah melihat bahwa pasien selalu mengatakan secara berulang-ulang bahwa dia memegang rahasia negara, dimana hal tersebut tidak sesuai dengan kenyataannya. Maka kita bisa menegakkan bahwa pasien ini sedang mengalami "Waham" dengan jenis Waham Kebesaran.

Waham adalah suatu keyakinan yang salah yang dipertahankan secara kuat/terus menerus namun tidak sesuai dengan kenyataan.

Tanda dan gejala waham (*dapat dibaca dalam pembahasan kasus 5 diatas*).

Tindakan Keperawatan pada Pasien Waham:

- 1) Bina hubungan saling percaya
- 2) Bantu orientasi realita
- 3) Diskusikan kebutuhan psikologis/emosional yang tidak terpenuhi sehingga menimbulkan kecemasan, rasa takut dan marah.
- 4) Tingkatkan aktivitas yang dapat memenuhi kebutuhan fisik dan emosional pasien
- 5) Berdiskusi tentang kemampuan positif yang dimiliki
- 6) Bantu melakukan kemampuan yang dimiliki
- 7) Berdiskusi tentang obat yang diminum
- 8) Melatih minum obat yang benar

159. Kunci Jawaban**Kata Kunci****: C. Resiko bunuh diri****: ingin mati, tidak memiliki masa depan,
dan merasa hidupnya tidak berguna
lagi****Pembahasan:**

Dalam merumuskan masalah keperawatan, penting untuk melakukan penilaian menyeluruh dan mempertimbangkan semua aspek kondisi pasien, termasuk sejarah medis, kondisi psikologis saat ini, dan faktor-faktor lingkungan yang mempengaruhinya. Intervensi harus dirancang untuk menangani masalah-masalah ini secara holistik dan melibatkan kolaborasi dengan tim medis multidisiplin untuk mencapai hasil yang optimal bagi pasien.

Terdapat 5 kriteria dalam memprioritaskan masalah dalam keperawatan jiwa, yakni:

- 1) Fokus pada ancaman kehidupan
- 2) Fokus pada keluhan / masalah utama
- 3) Fokus pada akibat dari masalah utama
- 4) Fokus pada sebab dari masalah utama
- 5) Fokus pada kebutuhan

Berdasarkan hasil pengkajian diatas, pasien tampaknya mengalami beberapa masalah keperawatan yang serius, termasuk kemungkinan gangguan mental yang signifikan seperti depresi berat atau gangguan psikosis. Berikut adalah beberapa masalah keperawatan yang relevan dalam kasus tersebut:

- 1) Resiko Bunuh Diri: Pasien mengungkapkan keinginan untuk mati dan merasa hidupnya tidak berguna. Ini menunjukkan bahwa ada risiko bunuh diri yang perlu diwaspadai dan ditangani dengan segera. Ini harus menjadi fokus utama dalam perencanaan dan pelaksanaan intervensi keperawatan.
- 2) Gangguan Persepsi: Pasien melaporkan mendengar suara yang menyuruhnya, yang bisa mengindikasikan adanya gangguan persepsi seperti halusinasi.

Gangguan persepsi ini perlu dievaluasi lebih lanjut dan dikelola dengan pendekatan yang sesuai.

- 3) Isolasi Sosial: Keluarga menyebutkan bahwa pasien sering menyendiri dan melamun setelah kehilangan anaknya. Isolasi sosial bisa memperburuk kondisi mental pasien dan perlu ditangani dengan strategi yang mendukung keterlibatan sosial dan dukungan emosional.
- 4) Perilaku Agresif: Pasien memukul siapa saja yang dekat dengannya, yang menunjukkan adanya perilaku agresif. Ini memerlukan intervensi untuk mengelola dan mengurangi perilaku agresif, serta menjaga keselamatan pasien dan orang di sekelilingnya.

- 160. Kunci Jawaban : A. Nyeri akut**
Kata Kunci : karakteristik nyeri, persepsi sensori, infeksi

Pembahasan :

- A. Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Jawaban ini tepat karena dari kasus anak mengeluh nyeri telinga sejak 4 hari yang lalu dan seperti ditusuk.
- B. Nyeri kronik kurang tepat karena nyeri kronik dirasakan lebih dari 3 bulan, sedangkan anak merasakan nyeri sejak 4 hari yang lalu
- C. Resiko infeksi tidak tepat karena kondisi resiko infeksi diangkat sebagai masalah keperawatan sebelum terjadi tanda-tanda infeksi muncul seperti dolor (rasa nyeri), kalor (rasa panas pada daerah yang mengalami infeksi), rubor (kemerahan, yang terjadi pada area yang mengalami infeksi karena peningkatan aliran darah ke area tersebut), tumor (pembengkakan pada area yang mengalami infeksi karena peningkatan permeabilitas sel dan peningkatan aliran darah dan fungsi laesa)

(perubahan fungsi dari jaringan yang mengalami infeksi seperti sulit untuk berjalan atau bahkan tidak bisa berjalan). Segala sesuatu yang berkaitan infeksi belum tentu berkaitan dengan resiko infeksi.

- D. Gangguan pola tidur bukan merupakan masalah utama dan merupakan diagnosis sekunder
- E. Gangguan persepsi sensori kurang tepat karena masalah yang dirasakan anak sekarang adalah nyeri. Fungsi pendengaran berkurang bukan masalah utama pada anak

Jadi jawaban yang tepat untuk masalah keperawatan utama pada anak tersebut adalah nyeri kronik karena nyeri yang dikeluhkan anak kurang dari 3 bulan (4 hari)

161. Kunci Jawaban : C. Imunisasi Hepatitis B

Kata Kunci : imunisasi pada anak

Pembahasan :

- A. Imunisasi BCG diberikan sebanyak 1 kali pada bayi umur 1 bulan. Imunisasi bayi diberikan untuk mencegah penyakit Tuberkulosis pada anak. Imunisasi BCG diberikan di lengan kanan secara intrakutan sebanyak 0,05 ml.
- B. Imunisasi polio diberikan sebanyak 4 kali pada bayi pada umur 1, 2, 3 dan 4 bulan. Imunisasi polio diberikan untuk mencegah poliomyelitis atau lumpuh layu. Imunisasi polio diberikan dengan cara ditetes sebanyak 2 tetes pada mulut.
- C. Imunisasi Hepatitis B diberikan pada bayi baru lahir sebelum 24 jam kelahiran. Imunisasi hepatitis B diberikan untuk mencegah hepatitis B pada anak. Imunisasi hepatitis B yang dikenal dengan Hb-0 diberikan sebanyak 1 kali segera setelah bayi lahir. Imunisasi hepatitis B diberikan secara intramuscular di paha kanan sebanyak 0,5 ml (uninject)

- D. Imunisasi DPT-HB-Hib diberikan sebanyak 3 kali pada bayi pada umur 2, 3 dan 4 bulan. Imunisasi DPT-HB-Hib diberikan untuk mencegah penyakit difteri, pertusis, tetanus, hepatitis B, pneumonia dan meningitis. Imunisasi DPT-HB-Hib diberikan di paha kanan secara Intramuskular sebanyak 0,5 ml.
- E. Imunisasi Campak Rubella diberikan sebanyak 2 kali pada bayi umur 9 dan 12 bulan. Imunisasi campak rubella diberikan untuk mencegah penyakit campak dan rubella pada bayi. Imunisasi campak rubella diberikan di lengan kiri secara subkutan sebanyak 0,5 ml.

Jadi jawaban yang tepat untuk jenis imunisasi yang tepat diberikan pada bayi tersebut adalah imunisasi Hepatitis B karena imunisasi yang diberikan setelah bayi lahir (<24 jam).

- 162. Kunci Jawaban** : B. Diare
Kata Kunci : penyakit akut pada anak, BAB cair, sistem pencernaan

Pembahasan :

A. Mual

Mual/nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah. Mual disebabkan karena gangguan biokimia, gangguan esofagus, distensi lambung, iritasi lambung, gangguan pankreas, dan peningkatan intrakranial. Mual bukan merupakan masalah utama dari kasus ini tidak ada tanda-tanda gejala mual seperti saliva meningkat, pucat, diaforesis, takikardi dan pupil dilatasi. Frekuensi nadi anak masih dalam rentang normal yaitu 98x/menit.

B. Diare

Diare adalah Pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk lebih dari 3 kali dalam 24 jam. Diare disebabkan inflamasi dan iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, psikologis, kecemasan, Tingkat

stress tinggi, terpapar kontaminan, terpapar toksin dan penyalahgunaan zat. Diare merupakan jawaban yang tepat untuk kasus ini karena BAB anak cair dengan frekuensi 10 kali dan sudah melebihi batas normal BAB dalam 24 jam.

C. Defisit nutrisi

Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Nutrisi seperti karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral penting bagi tubuh agar tetap berfungsi dengan baik. Defisit nutrisi kurang tepat dijadikan masalah utama pada kasus ini karena belum terjadi penurunan berat badan dan berat badan anak masih dalam rentang normal. Cara pengukuran berat badan anak umur 3 tahun adalah umur (tahun) x 2+8=14 kg.

D. Risiko ketidakseimbangan cairan

Risiko ketidakseimbangan cairan merupakan masalah keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dari intravaskuler, interstitial atau intraseluler. Risiko ketidakseimbangan cairan bukan masalah keperawatan utama pada kasus ini karena tanda tanda dehidrasi belum terjadi, namun dapat dijadikan diagnosis sekunder

E. Risiko ketidakseimbangan elektrolit

Risiko ketidakseimbangan elektrolit terjadi ketika terjadi ketidakseimbangan antara elektrolit dalam tubuh. Elektrolit adalah mineral dalam tubuh yang memiliki muatan listrik dan berperan penting dalam menjaga keseimbangan cairan dan fungsi sel dalam tubuh.

Perubahan kadar serum elektrolit dapat terjadi ketika tubuh kekurangan atau kelebihan elektrolit tertentu, seperti natrium, kalium, kalsium, magnesium, fosfat, dan bikarbonat. Kondisi ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti gangguan ginjal, gangguan

hormonal, dehidrasi, muntah, diare, dan penggunaan obat-obatan tertentu.

Risiko ketidakseimbangan elektrolit bukan masalah keperawatan utama karena tidak disebutkan jumlah kadar elektrolit anak dan tidak terjadi gangguan ginjal seperti edema dan tanda lainnya.

Jadi jawaban yang tepat untuk masalah keperawatan pada anak tersebut adalah diare.

163. Kunci Jawaban : C. Kemampuan motorik kasar

Kata Kunci : DDST, sektor perkembangan anak

Pembahasan :

A. Kemampuan kemandirian diri

Kemampuan kemandirian diri bukan termasuk sektor perkembangan dalam DDST sehingga bukan menjadi pilihan jawaban untuk kasus ini.

B. Kemampuan bersosialisasi

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan bersosialisasi dan berinteraksi anak dengan lingkungannya seperti bereaksi tenang dan tidak rewel ketika ditinggal ibu

C. Kemampuan motorik kasar

Aspek yang berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh seperti berdiri satu kaki selama 6 detik, melompat-lompat satu kaki, lompat jauh, balap karung, lompat tali dan permainan keseimbangan tubuh.

D. Kemampuan motorik halus

Kemampuan motorik halus adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti menari, menggambar tanda silang, menggambar lingkaran, menggambar orang dengan

tiga bagian tubuh, menggantung baju atau pakaian boneka.

E. Kemampuan bicara dan bahasa

Kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan seperti menyebut nama lengkap tanpa dibantu, senang menyebut kata-kata baru, senang bertanya tentang sesuatu, menjawab pertanyaan dengan kata-kata yang benar, bicaranya mudah dimengerti, menyebut angka dan menghitung jari

Jadi jawaban yang tepat untuk pengelompokan perkembangan anak tersebut adalah kemampuan motorik kasar.

164. Kunci Jawaban : D. 9 kg

Kata Kunci : berat badan bayi normal

Pembahasan :

Perhitungan berat badan normal menurut Behran 1992

$$\text{umur 9 bulan adalah: } \frac{\text{umur(bulan)}+9}{2} = 9 \text{ kg}$$

Jadi jawaban yang tepat untuk jumlah berat badan normal bayi berdasarkan usia pada bayi tersebut adalah 9 kg.

165. Kunci Jawaban : B. Grand Mal

Kata Kunci : kejang pada anak

Pembahasan :

A. Petit Mal adalah penyakit berupa kejang ditandai dengan kondisi bengong atau tidak responsif. Kondisi ini kerap terjadi pada anak-anak & remaja (usia 4 – 12 tahun). Walau demikian, kadang juga terjadi pada usia dewasa.

B. Grand Mal/ kejang tonik klonik adalah jenis kejang yang ditandai dengan gerakan kaki dan menyentak. Kejang ini terjadi karena mengalami demam tinggi, cedera kepala, atau gula darah rendah. Untuk kasus ini anak mengalami demam yang tinggi dan suhu tubuhnya mencapai 40°C

- sehingga dikategorikan sebagai kejang tonik klonik/grand mal
- C. Atonic Seizure adalah kejang yang menyebabkan otot-otot menjadi lemas, kepala mengangguk-angguk dan terjatuh ke tanah. Berlangsung singkat sekitar 15 detik
 - D. Myoclonic Seizure adalah kejang otot yang terjadi secara tiba-tiba. Gerakan ini tidak disengaja dan tidak dapat dihentikan atau dikendalikan. Kondisi ini mungkin akan melibatkan satu jenis otot atau sekelompok otot.
 - E. Simple Partial Seizure/ Kejang parsial adalah kejang yang terjadi sangat singkat 1 hingga 2 menit dan tidak menyebabkan anak kehilangan kesadaran.

Jadi jawaban yang tepat jenis epilepsi yang dialami pada anak tersebut adalah Grand Mal.

166. Kunci Jawaban : B. Berkolaborasi dalam pemberian nebulizer dengan tim dokter

Kata Kunci : Bronkitis kronis, batuk, sekret kental, sistem pernapasan

Pembahasan :

- A. Berkolaborasi dalam pemenuhan nutrisi dengan tim gizi
Kolaborasi pemenuhan nutrisi dengan tim gizi belum menjadi tindakan prioritas utama karena pada anak tidak terjadi gangguan gizi dan penurunan berat badan.
- B. Berkolaborasi dalam pemberian nebulizer dengan tim dokter
Kolaborasi dalam pemberian nebulizer dengan tim dokter menjadi tindakan prioritas utama yang akan diberikan pada anak karena anak mengeluh terus batuk dan sekret sangat kental sehingga tidak bisa dibatukkan sehingga pemberian nebulizer menjadi tindakan yang tepat untuk diberikan pada anak agar sekret anak encer dan keluhan batuk pada anak minimal

- C. Berkolaborasi dalam penambahan obat injeksi dengan tim dokter
Penambahan obat injeksi dengan tim dokter belum menjadi intervensi prioritas karena pada anak tidak dijelaskan tanda-tanda infeksi dan hasil labor tidak dijelaskan
- D. Berkolaborasi dalam pemberian bantuan oksigenasi dengan tim dokter
Pemberian bantuan oksigenasi dengan tim dokter belum menjadi prioritas Tindakan utama karena belum terjadi penurunan kesadaran dan yang dikeluhkan oleh anak batuk dan sekret kental sehingga tidak bisa dibatukkan
- E. Berkolaborasi dalam pemberian latihan ROM aktif dengan ahli fisioterapi
Kolaborasi dalam pemberian latihan ROM aktif dengan ahli fisioterapi belum menjadi intervensi utama karena pada anak tidak ada keluhan gangguan muskuloskeletal

Jadi jawaban yang tepat tindakan kolaboratif prioritas yang bisa dilakukan oleh seorang perawat pada anak tersebut adalah berkolaborasi dalam pemberian nebulizer dengan tim dokter

167. Kunci Jawaban**: C. Kwashiorkor****Kata Kunci****: gangguan nutrisi, edema pada ekstremitas bawah, rambut kemerahan****Pembahasan****:****A. Marasmus**

Salah satu bentuk malnutrisi protein-energi yang parah, terutama terjadi pada bayi dan anak-anak di bawah usia lima tahun. Kondisi ini disebabkan oleh kekurangan asupan kalori dan protein yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Pada kasus ini tidak terjadi gangguan karbohidrat pada anak.

B. Kurang gizi

Kondisi ketika seseorang tidak mendapatkan asupan nutrisi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh, baik dari segi kuantitas (jumlah kalori) maupun kualitas (jenis nutrisi). Hal ini dapat mempengaruhi pertumbuhan, perkembangan, dan fungsi tubuh secara keseluruhan, terutama pada anak-anak dan ibu hamil. Kurang gizi masih umum tidak spesifik pada gangguan gizi pada anak.

C. Kwashiorkor

Kwashiorkor adalah salah satu bentuk malnutrisi berat akibat kekurangan protein dalam jangka Panjang dengan ciri-ciri edema, kulit bersisik dan mudah terkelupas, rambut tipis dan mudah rontok, perut buncit, lemah, lesu, kerentanan terhadap infeksi. Kwashiorkor merupakan jawaban yang tepat karena sesuai dengan kondisi yang dikeluhkan oleh anak.

D. Kelebihan cairan

Kelebihan cairan belum jawaban yang tepat karena kelebihan cairan masih bersifat umum dan bukan merupakan masalah Kesehatan utama

E. Kebiasaan makan buruk

Kebiasaan makan buruk belum jawaban yang tepat karena dari kasus tidak ada keluhan yang dituliskan dalam kasus.

Jadi jawaban yang tepat untuk masalah kesehatan yang terjadi pada anak tersebut adalah kwashiorkor.

168. Kunci Jawaban : D. Obstruksi pada segmen aganglionik

Kata Kunci : obstruksi pada sistem pencernaan,
distensi abdomen

Pembahasan :

A. Hipoksia pada usus

Hipoksia pada usus adalah kondisi di mana ada kekurangan oksigen yang cukup di jaringan usus, yang

dapat menyebabkan kerusakan pada sel-sel usus dan gangguan fungsi pencernaan. Hipoksia ini bisa terjadi pada bagian mana pun dari usus, baik usus halus maupun usus besar, dan sering kali berhubungan dengan gangguan suplai darah ke usus. Hipoksia pada usus bukan merupakan penyebab distensi abdomen.

B. Gangguan fungsi liver

Gangguan fungsi hati (liver) merujuk pada kondisi ketika hati tidak dapat menjalankan fungsi-fungsinya dengan baik. Hati memiliki berbagai peran vital, seperti metabolisme nutrisi, detoksifikasi racun, sintesis protein, dan produksi empedu. Ketika fungsi hati terganggu, dapat terjadi berbagai gejala dan komplikasi serius. Gangguan fungsi liver bukan penyebab distensi abdomen pada anak.

C. Gangguan penyerapan makanan

Gangguan penyerapan makanan (malabsorpsi) adalah kondisi di mana tubuh tidak dapat menyerap cukup nutrisi dari makanan yang dikonsumsi. Gangguan ini dapat terjadi pada berbagai bagian sistem pencernaan, seperti usus halus, yang bertanggung jawab untuk penyerapan sebagian besar nutrisi penting. Malabsorpsi dapat mengarah pada kekurangan vitamin, mineral, dan nutrisi lainnya, yang dapat mempengaruhi kesehatan secara keseluruhan. Gangguan penyerapan makanan bukan penyebab distensi abdomen pada anak.

D. Obstruksi pada segmen aganglionik

Obstruksi pada segmen aganglionik mengacu pada kondisi yang terjadi pada usus, terutama terkait dengan penyakit hirschsprung. Penyakit ini adalah kelainan bawaan di mana sebagian usus besar tidak memiliki sel ganglion pada dinding ususnya. Sel ganglion adalah bagian dari sistem saraf enterik yang mengatur pergerakan peristaltik usus. Ketika bagian usus kehilangan sel ganglion, segmen tersebut tidak dapat

bergerak secara normal, mengarah pada obstruksi atau penyumbatan. Jawaban ini adalah jawaban yang tepat sesuai kasus yang diangkat

- E. Hilangnya peristaltik pada seluruh usus

Hilangnya peristaltik pada seluruh usus/ ileus paralitik yaitu kondisi di mana aktivitas kontraksi otot polos usus berhenti, menyebabkan obstruksi fungsional pada usus. Hilangnya peristaltik pada seluruh usus bukan merupakan penyebab distensi pada abdomen pada anak.

Jadi jawaban yang tepat penyebab distensi abdomen pada anak tersebut adalah obstruksi pada segmen aganglionik

169. Kunci Jawaban

: E. Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan terpaparnya sinar fototerapi

Kata Kunci : fototerapi, anak mendapatkan ASI bila ibu dating

Pembahasan :

- A. Perubahan proses keluarga berhubungan dengan situasi krisis

Diagnosa ini bukan merupakan prioritas diagnosa keperawatan dan dapat dijadikan diagnosa keperawatan sekunder

- B. Resiko integritas kulit berhubungan dengan terpaparnya sinar foto terapi

Diagnosa ini bukan merupakan diagnosa utama dari kasus yang diangkat karena bayi akan mengalami resiko integritas kulit jika bayi secara terus menerus dilakukan fototerapi

- C. Resiko injuri pada kornea berhubungan dengan terpaparnya sinar foto terapi

Diagnosa ini tidak berhubungan dengan kasus karena selama fototerapi mata anak ditutup

- D. Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan terpaparnya sinar foto terapi. Diagnosa ini tidak berhubungan dengan kasus karena didalam kasus tidak dijelaskan anak mengalami gangguan termoregulasi seperti demam,
- E. Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan terpaparnya sinar fototerapi. Diagnosa ini merupakan diagnosa yang berhubungan dengan kasus yang terjadi karena anak diberikan ASI jika ibu bayi datang saja sehingga bayi beresiko terjadinya defisit volume cairan selama Tindakan fototerapi pada anak.

Jadi jawaban yang tepat untuk diagnosa keperawatan prioritas yang mungkin diangkat pada kasus tersebut adalah resiko defisit volume cairan berhubungan dengan terpaparnya sinar fototerapi

- 170. Kunci Jawaban : D. Abduksi dan adduksi**
Kata Kunci : Menjauhkan dan mendekatkan ke titik tengah tubuh

- Pembahasan :**
- A. Jawaban A kurang tepat karena Inversi adalah gerakan menekuk telapak kaki kedalam, sedangkan eversi adalah gerakan menekuk telapak kaki keluar.
- B. Jawaban B kurang tepat karena fleksi memiliki peranan menggabungkan dua bagian tubuh. Sementara ekstensi merenggangkan dua bagian tubuh antara satu dengan yang lain.
- C. Jawaban C kurang tepat karena supinasi adalah gerakan otot untuk memutar lengan atau kaki, sehingga telapak tangan atau kaki mengarah ke atas. Sementara itu, pronasi adalah gerakan otot lengan bawah, sehingga telapak tangan mengarah ke bawah atau belakang.
- D. Jawaban D tepat karena Abduksi adalah gerakan ekstremitas menjauh dari titik tengah tubuh, sementara

adduksi adalah gerakan ekstremitas yang mengarah ke titik tengah tubuh.

- E. Jawaban E kurang tepat karena fleksi memiliki peranan menggabungkan dua bagian tubuh. Sementara hiperekstensi adalah ekstensi sendi yang tidak normal atau berlebihan di luar rentang gerak normalnya.

171. Kunci Jawaban

Kata Kunci : Langkah tindakan selanjutnya setelah perawat memberikan posisi supine

Pembahasan:

- A. Jawaban A tepat, karena setelah memberikan posisi supine, perawatan membuka pakaian pasien
- B. Jawaban B kurang tepat, karena bukan langkah setelah memberikan posisi
- C. Jawaban C kurang tepat, karena bukan langkah setelah memberikan posisi
- D. Jawaban D kurang tepat, karena bukan langkah setelah memberikan posisi
- E. Jawaban E kurang tepat, karena bukan langkah setelah memberikan posisi

Prosedur perekaman EKG:

- 1) Persiapkan alat dan bahan (mesin EKG, elektroda, jelly konduktif, kapas alkohol atau tisu, dan kertas rekaman EKG).
- 2) Memberikan posisi supine (terlentang) kepada pasien.
- 3) Membuka pakaian klien.
- 4) Sebelum pemasangan elektroda, bersihkan kulit pasien di sekitar pemasangan elektroda.
- 5) Tentukan lokasi pemasangan elektroda.
- 6) Beri jelly kemudian hubungkan kabel elektroda dengan pasien.
- 7) Memasang semua elektroda dada dan elektroda ekstremitas ke pasien.

- 8) Anjurkan pasien rileks, bernapas normal, tidak bergerak, dan tidak berbicara saat perekaman.
- 9) Nyalakan mesin EKG dan masukkan data identitas pasien ke dalam mesin EKG.
- 10) Lakukan perekaman jantung.
- 11) Jika terdapat hasil perekaman buruk, periksa elektroda dan koneksi.
- 12) Matikan mesin EKG dan lepaskan kertas cetakan EKG, lepaskan elektroda dari dada dan ekstremitas.
- 13) Tuliskan identitas pasien pada hasil rekaman EKG.

172. Kunci Jawaban : C. Memasang elektroda V4
Kata Kunci : Telah memasang elektroda V2
Pembahasan :
A. Jawaban A kurang tepat, karena tidak sesuai urutan pemasangan elektroda
B. Jawaban B kurang tepat, karena tidak sesuai urutan pemasangan elektroda
C. Jawaban C tepat, karena sesuai urutan pemasangan elektroda
D. Jawaban D kurang tepat, karena tidak sesuai urutan pemasangan elektroda
E. Jawaban E kurang tepat, karena tidak sesuai urutan pemasangan elektroda

Urutan pemasangan elektroda: V1-V2-V4-V3-V5-V6

173. Kunci Jawaban : C. Mengaspirasikan cairan yang ada di balon
Kata Kunci : Prosedur pelepasan kateter
Pembahasan :
A. Jawaban A kurang tepat, karena tidak sesuai urutan prosedur
B. Jawaban B kurang tepat, karena tidak sesuai urutan prosedur
C. Jawaban C tepat, karena sesuai urutan prosedur

- D. Jawaban D kurang tepat, karena tidak sesuai urutan pemasangan prosedur
- E. Jawaban E kurang tepat, karena tidak sesuai urutan pemasangan prosedur

**174. Kunci Jawaban : C. Menarik kateter hingga terdapat tahanan
Kata Kunci : Prosedur pemasangan kateter, sudah
Pembahasan : fiksasi balon kateter**

- A. Jawaban A kurang tepat, karena tidak sesuai urutan prosedur
- B. Jawaban B kurang tepat, karena tidak sesuai urutan prosedur
- C. Jawaban C tepat, karena sesuai urutan prosedur
- D. Jawaban D kurang tepat, karena tidak sesuai urutan pemasangan prosedur
- E. Jawaban E kurang tepat, karena tidak sesuai urutan pemasangan prosedur

**175. Kunci Jawaban : A. Inversi dan eversi
Kata Kunci : Memutar telapak kaki ke dalam dan ke luar
Pembahasan :**

- A. Jawaban A tepat karena Inversi adalah gerakan memutar telapak kaki kedalam, sedangkan eversi adalah gerakan menekuk telapak kaki keluar.
- B. Jawaban B kurang tepat karena fleksi merupakan gerakan menekuk sendi atau memperkecil sudut antar 2 tulang dan ekstensi meregangkan atau menambah sudut antara 2 tulang.
- C. Jawaban C kurang tepat karena supinasi adalah gerakan otot untuk memutar lengan atau kaki, sehingga telapak tangan atau kaki mengarah ke atas. Sementara itu, pronasi adalah gerakan otot lengan bawah, sehingga telapak tangan mengarah ke bawah atau belakang.

- D. Jawaban D kurang tepat karena Abduksi adalah gerakan menjauh dari titik tengah tubuh, sementara adduksi adalah gerak otot yang mengarah ke titik tengah tubuh.
- E. Jawaban E kurang tepat karena fleksi memiliki peranan menggabungkan dua bagian tubuh. Sementara hiperekstensi adalah ekstensi sendi yang tidak normal atau berlebihan di luar rentang gerak normalnya.

176. Kunci Jawaban : D. Batasi cairan sesuai indikasi
Kata Kunci : Perut membesar, peningkatan BB 4 kg dalam waktu 3 hari, dan edema tungkai
Pembahasan :

- A. Jawaban A kurang tepat karena tidak berhubungan dengan masalah kelebihan volume cairan
- B. Jawaban B kurang tepat karena bukanlah tindakan prioritas pada masalah kelebihan volume cairan
- C. Jawaban C kurang tepat karena bukanlah tindakan prioritas pada masalah kelebihan volume cairan
- D. Jawaban D tepat karena merupakan tindakan prioritas agar memperberat hipervolemia
- E. Jawaban E kurang tepat karena bukanlah tindakan prioritas pada masalah kelebihan volume cairan

177. Kunci Jawaban : A. Diare
Kata Kunci : Buang air besar cair lebih dari 10x/hari, feses berwarna gelap dan encer sebagian terbungkus darah
Pembahasan:

- A. Jawaban A tepat karena data mayor terpenuhi untuk masalah keperawatan diare, dan merupakan masalah prioritas.
- B. Jawaban B kurang tepat karena data kurang lengkap untuk menegakkan masalah keperawatan.
- C. Jawaban C kurang tepat karena tidak ada data yang mendukung.

- D. Jawaban D tepat karena tidak ada data yang mendukung.
- E. Jawaban E kurang tepat karena data kurang lengkap untuk menegakkan masalah keperawatan.

Masalah keperawatan: diare

Definisi diare: Pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak terbentuk.

Data mayor: Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam, Feses lembek atau cair.

178. Kunci Jawaban : B. Berikan terapi streptokinase

Kata Kunci : Iskhemia miokard, elevasi ST

Pembahasan :

- A. Jawaban A kurang tepat karena kurang sesuai untuk masalah keperawatan utama saat ini (nyeri akut)
- B. Jawaban B tepat karena dapat mengatasi masalah keperawatan utama saat ini (nyeri akut)
- C. Jawaban C kurang tepat karena skala nyeri 7 tidak cukup dengan terapi relaksasi saja namun juga pemberian terapi analgetik
- D. Jawaban D kurang tepat karena kurang sesuai untuk masalah keperawatan utama saat ini (nyeri akut)
- E. Jawaban E kurang tepat kurang tepat karena kurang sesuai untuk masalah keperawatan utama saat ini (nyeri akut)

179. Kunci jawaban : D. *Beneficence*

Kata kunci : Sebelum melakukan tindakan, perawat mencuci tangan dan menggunakan handscoon

Pembahasan :

- A. Jawaban A kurang tepat karena veracity adalah bersikap jujur, perawat menyampaikan kebenaran kepada pasien
- B. Jawaban B kurang tepat karena fidelity yaitu perawat berkomitmen untuk menepati janji

- C. Jawaban C kurang tepat karena justice yaitu perawat memperlakukan pasien secara adil
- D. Jawaban D tepat karena beneficence yaitu perawat melakukan hal yang baik sehingga mencegah terjadinya keburukan pada pasien. Dalam hal ini dengan mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan, perawat dapat mencegah terjadinya infeksi pada pasien
- E. Jawaban E kurang tepat karena confidentiality yaitu perawat menjaga kerahasiaan informasi pasien

180. Kunci Jawaban : B. Menempatkan pasien dalam posisi fowler atau semi-fowler

Kata Kunci : Keluhan: sesak napas, kelelahan, bengkak pada pergelangan kaki

Pembahasan:

Pasien menunjukkan tanda-tanda gagal jantung dengan gejala sesak napas, edema, dan ronki pada paru. Intervensi prioritas dalam situasi ini adalah meningkatkan kenyamanan pasien dengan memfasilitasi pernapasan yang lebih baik. Posisi fowler atau semi-fowler membantu meningkatkan kapasitas paru-paru dengan mengurangi tekanan pada diafragma, sehingga memudahkan pernapasan.

Pilihan lain:

- A. Memberikan cairan intravena untuk meningkatkan perfusi: Tidak sesuai karena pasien mungkin mengalami kelebihan cairan yang justru memperburuk edema dan sesak napas.
- B. Memantau kadar glukosa darah secara berkala: Tidak menjadi prioritas dalam kasus ini karena tidak ada indikasi bahwa pasien mengalami hipoglikemia atau diabetes akut.
- C. Memberikan edukasi mengenai diet rendah lemak: Merupakan intervensi jangka panjang, bukan prioritas pada kondisi akut.

- D. Mengajarkan latihan napas dalam: Meskipun bermanfaat, ini tidak efektif jika dilakukan sebelum masalah akut (sesak napas) diatasi.

DAFTAR PUSTAKA

Alzheimer's Association. (2022). *Dementia care practice recommendations*.

American Diabetes Association. (1995-2023). *Komplikasi kaki*. Arlington, VA: American Diabetes Association. Retrieved from [Internet]

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*.

Angraini, F., & Putri, A. F. (2016). *Pemantauan intake output cairan pada pasien gagal ginjal kronik dapat mencegah overload cairan*.

Atta, A., Rohmah, N., Susilo, C., Widayastuti, W., & Isyti'aroh. (2024). *Perawatan ibu pada masa kehamilan berbasis family centered empowerment*. Bandung: Media Sains Indonesia.

Ball, J. W., & Bindler, R. C. (2021). *Pediatric nursing: Caring for children*. New York, NY: Pearson.

Ball, J. W., Bindler, R. C., & Cowen, K. J. (2019). *Principles of pediatric nursing: Caring for children* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Barret, J. P., Herndon, D. N., & Jeschke, M. G. (2020). *Principles and practice of burn surgery*. New York, NY: CRC Press.

Bilajac, et al. (2001). *How nurses and physicians face ethical dilemmas – The Croatian experience*. *Nursing Ethics*, 18(3), 341–355.

Black, & Hawks. (2014). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Singapore: Elsevier.

- Bobak, L. J. (2014). *Buku ajar keperawatan maternitas* (Edisi 4). Jakarta: EG.
- Bothamley, J., & Boyle, M. (2020). *Medical conditions affecting pregnancy and childbirth*. United Kingdom: Taylor & Francis.
- Brunner, & Suddarth. (2002). *Buku ajar keperawatan medikal bedah* (Edisi 8). Jakarta: EGC.
- Brunner, & Suddarth. (2014). *Keperawatan medical bedah* (Edisi 12). Jakarta: EGC.
- Carpenito, L. J. (2020). *Handbook of nursing diagnosis* (15th ed.).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). *Pelvic inflammatory disease (PID) treatment guidelines*.
- Cpr, P., & Ecc, D. (2020). *Fokus utama pedoman American Heart Association 2020 untuk CPR dan ECC*.
- Cunningham, F. G., et al. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). McGraw Hill.
- Curtis, Ramsden, & Frenship, J. (Eds.). (2020). *Emergency and trauma nursing*. Philadelphia: Mosby.
- Deny Mayangsari, Hana Pricila, Nurul Safira Lahati, et al. (2024). *Evidence-based nursing practice pada gangguan oksigenasi dan pernafasan*. STIKES Banyuwangi.
- Doenges, M. E., et al. (2006). *Nursing care plans: Guidelines for individualizing client care*. F.A. Davis.
- Elfira, E., Faswita, W., Siregar, A., Yuliani, V., & Tanjung, P. G. S. M. (2021). *Asuhan keperawatan medikal bedah 1*. CV Media Sains Indonesia.
- Elmukhtar, M., Ala, H., Abdusslam, S., Amnna, R., Kalifa, F., Eshrak, H., et al. (2024). *Diagnostic approach to pleural effusion based on pathogenesis and radiological*

- findings: A narrative review. Yemen Journal of Medicine, 2024(22725). Retrieved from <https://www.yjomonline.com/article-details/22725>*
- Febriyanti, W., dkk. (2017). *Pengaruh terapi oksigenasi nasal prong terhadap perubahan saturasi oksigen pasien cedera kepala di instalasi gawat darurat RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado.*
- Fitritani, L., dkk. (2024). *Buku ajar keperawatan maternitas.* Jambi: PT. Sorpedia Publishing Indonesia.
- Fitriyanti, L., Golang, N., Ina, A. A., Citrawati, N. K., Sagitarini, P. N., Hadi, D. R. F., Karundeng, J. O., & Yunitasari, E. (2024). *Buku ajar keperawatan maternitas.* Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Greenhalgh, D. G. (2018). *Burns: A practical approach to immediate treatment and long-term care.* London: Springer.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2020). *Textbook of medical physiology.* Retrieved from https://www.medicalbooksdz.net/uploads/livres/106/UI8ZscQmQN6NqXJuKIH2_16778588370.pdf
- Hamid, A. Y. S., Keliat, B. A., & Putri, Y. S. E. (2020). *Asuhan keperawatan jiwa.* Jakarta: EGC.
- Harker, D., & Lewis, M. (2018). *Phototherapy and dermatologic treatment. Dermatology Nursing, 30*(4), 276–280.
- Herdman, T. H. (2018). *NANDA International diagnosis keperawatan: Definisi dan klasifikasi 2018-2020*(Edisi 10). Jakarta: EGC.
- Hinkle, J. L., Cheever, K. H., & Overbaugh, K. (2021). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing.* Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.

- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2021). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Isyti'aroh, R., Rofiqoh, S., Widayastuti, W., & Aktifah, N. (2024). *Buku ajar keperawatan maternitas: Antenatal care*. Pekalongan: NEM.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2015). *Synopsis of psychiatry* (11th ed.).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Buku ajar imunisasi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Hasil utama Rikesdas 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Panduan gizi seimbang untuk anak*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Pedoman kesehatan lingkungan untuk anak*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Pedoman pencegahan ISPA pada anak*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Panduan pencegahan DBD di komunitas*.
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2019). *Buku ajar keperawatan medikal bedah gangguan kardiovaskuler* (Edisi 5). Jakarta: EGC.
- Lestari, T. R., & Fasimi, R. H. (2023). *Buku ajar keterampilan keperawatan maternitas*. Cilacap: Media Pustaka Indo.
- Lin, Y. L., & Yu, C. H. (2011). *Acute myocardial infarction caused by coronary artery dissection after a blunt chest trauma*.

- Internal Medicine, 50(18), 1969–1971.*
<https://doi.org/10.2169/internalmedicine.50.5688>
- Maghriza, I. A. (2024). *Penerapan deep breathing exercise dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi untuk menurunkan dyspnea*.
- Maria, I. (2021). *Asuhan keperawatan diabetes mellitus dan asuhan keperawatan stroke* (1st ed.). CV Budi Utama.
- Mariyam, N. M. K. S. K. A., et al. (2023). *Asuhan keperawatan anak dengan kejang demam. Asuhan keperawatan anak dengan penyakit akut*.
- Morton, P. G., dkk. (2014). *Keperawatan kritis pendekatan asuhan holistik* (Vol. 1). Jakarta: EGC.
- Musey, P. Jr., et al. (2021). Guidelines for reasonable and appropriate care in the emergency department (GRACE): Recurrent, low-risk chest pain in the emergency.
- Muttaqin, A. (2012). *Pengantar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem integumen*. Jakarta: Salemba Medika.
- NANDA International Inc. (2014). *Nursing diagnoses: Definitions & classifications 2015-2017* (10th ed.). Oxford, UK: Wiley Blackwell.
- Ngastiyah. (2015). *Perawatan anak sakit* (Edisi 2). Jakarta: EGC.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik* (Edisi 1, Cetakan III [Revisi]). Jakarta: DPP PPNI.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia: Definisi dan tindakan keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.

- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2021). *Standar luaran keperawatan Indonesia: Definisi dan kriteria hasil keperawatan* (Edisi 1, Cetakan II). Jakarta: DPP PPNI.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamental keperawatan* (Edisi 7). Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2020). *Fundamentals of nursing*.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of nursing* (11th ed.).
- Prabowo, E. (2014). *Konsep dan aplikasi asuhan keperawatan jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purwanto, T. (2015). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Rachma, D. T. M., & Widada, W. (2023). *Asuhan keperawatan pada pasien luka bakar derajat II dengan diagnosis keperawatan nyeri akut*. *Health & Medical Sciences*, 1(3). <https://doi.org/10.47134/phms.v1i3.49>
- Rahmadhani, D. Y., & Putri, M. E. (2018). *Manajemen keperawatan*. Bandung: Manggu Makmur Tanjung Lestari.
- Raina, R., & Krishnappa, V. (2019). *Pembaharuan tentang afersis LDL untuk sindrom nefrotik nephrol*.
- Reeder, S. J., Martin, L. L., & Koniak-Griffin, D. (2017). *Keperawatan maternitas: Kesehatan wanita, bayi & keluarga* (Vol. 2, Ed. 18). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Ricci, S. S., & Kyle, T. (2009). *Maternity and pediatric nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Riyadi, S., dkk. (2024). *Buku ajar keperawatan keluarga* (Cetakan 1). Purbalingga: Eureka Media Aksara.

- SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia* (Edisi 1). Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Silalahi, S. M., dkk. (2024). *Buku ajar etika profesi* (Cetakan 1). Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2020). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.
- Smeltzer, S. C. (2017). *Buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner & Suddarth* (Vol. 1, Edisi 8; Alih bahasa: Agung Waluyo et al.). Jakarta: EGC.
- Smith, T., & Harris, A. (2020). *Pediatric nursing: Principles and practice* (5th ed.). Elsevier.
- Stuart, G. (2021). *Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa* (Edisi 11). Singapore: Elsevier.
- Stuart, G. W. T., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa Stuart* (Edisi Indonesia 10). Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.
- Sudarta, I. W., Rosyidi, I., & Sosilo, E. (2019). *Manajemen keperawatan: Teori dan aplikasi praktik keperawatan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Sudoyo, A. W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, K. M., & Setiati, S. (2014). *Buku ajar ilmu penyakit dalam* (Edisi 6, hlm. 1978-1983). Jakarta: Internal Publishing.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Townsend, M. C. (2018). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (9th ed.).

- University of New Mexico School of Medicine. (2022). *Reviewed/Revised Jul 2022.*
- Utami, U., Noviani, A., Hastutik, Putri, N. K. S. E., Suwarnisih, & Anggraini, Y. (2023). *Kenali, cegah, dan atasi gangguan menstruasi.* Pekalongan: NEM.
- Vonny, P., & Nur, H. (2019). *Proses keperawatan: Pendekatan teori dan praktik.* Gowa: Yayasan Pemberdaya Masyarakat Indonesia Cerdas.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Guidelines on complementary feeding.*
- World Health Organization (WHO). *Management of severe dehydration.* Retrieved from <https://gpnotebook.com/pages/gastroenterology/who-world-health-organisation-suggested-management-of-dehydration-secondary-to-diarrhoeal-illness>
- Widasari, S. G. (2024). *Modul certified diabetes foot care clinician.*
- Yusuf, A. H., Fitryasari, R., & Nihayati. (2015). *Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa.* Jakarta: Salemba Medika.
- Zhang, J., Chen, G., & Sun, H. (2019). *Surgical management and nursing care of Hirschsprung's disease in children.* *Journal of Pediatric Nursing,* 44, 40-45.
- Zulhasmar, E. (2008). *Implikasi hukum penolakan tindakan medik.* FHUI Indonusa, April.

Apakah kalian siap menghadapi tantangan Uji Kompetensi (UKOM) DIII Keperawatan?

UKOM bukan sekadar ujian, melainkan jalan menuju karier keperawatan yang sukses! Dengan persaingan yang ketat, persiapan matang adalah kunci untuk lulus dengan percaya diri dan menjadi perawat yang kompeten.

Buku "Rahasia Sukses UKOM DIII Keperawatan" hadir sebagai panduan lengkap bagi mahasiswa keperawatan yang ingin menaklukkan UKOM dengan strategi jitu. Disusun secara sistematis, buku ini mencakup materi esensial, teknik menjawab soal, serta latihan soal berbobot yang dirancang untuk meningkatkan pemahaman dan kepercayaan diri Anda.

Dilengkapi dengan soal-soal latihan terbaru, pembahasan mendalam, serta strategi jitu dalam menjawab soal, buku ini akan membantu memahami konsep dengan lebih baik dan meningkatkan kepercayaan diri dalam menghadapi ujian. Dengan pendekatan yang sistematis dan bahasa yang mudah dipahami, buku ini menjadi teman belajar yang efektif bagi yang ingin sukses dalam UKOM.

Jangan biarkan UKOM menjadi hambatan menuju impian Anda! Persiapkan diri dengan buku ini dan raih predikat perawat profesional yang siap terjun ke dunia kerja dengan kompetensi unggul!

**Lulus UKOM 1x Ujian
Lulus UKOM Bareng KLINIK UKOM**



Apakah kalian siap menghadapi tantangan Uji Kompetensi (UKOM) DIII Keperawatan?

UKOM bukan sekadar ujian, melainkan jalan menuju karier keperawatan yang sukses! Dengan persaingan yang ketat, persiapan matang adalah kunci untuk lulus dengan percaya diri dan menjadi perawat yang kompeten.

Buku "Rahasia Sukses UKOM DIII Keperawatan" hadir sebagai panduan lengkap bagi mahasiswa keperawatan yang ingin menaklukkan UKOM dengan strategi jitu. Disusun secara sistematis, buku ini mencakup materi esensial, teknik menjawab soal, serta latihan soal berbobot yang dirancang untuk meningkatkan pemahaman dan kepercayaan diri Anda.



Dilengkapi dengan soal-soal latihan terbaru, pembahasan mendalam, serta strategi jitu dalam menjawab soal, buku ini akan membantu memahami konsep dengan lebih baik dan meningkatkan kepercayaan diri dalam menghadapi ujian. Dengan pendekatan yang sistematis dan bahasa yang mudah dipahami, buku ini menjadi teman belajar yang efektif bagi yang ingin sukses dalam UKOM.

Jangan biarkan UKOM menjadi hambatan menuju impian Anda! Persiapkan diri dengan buku ini dan raih predikat perawat profesional yang siap terjun ke dunia kerja dengan kompetensi unggul!

Lulus UKOM 1x Ujian
Lulus UKOM Bareng KLINIK UKOM

Penerbit:

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919

ISBN 978-634-7139-50-4



9 786347 139504