

# KUMPULAN SOAL UJI KOMPETENSI DENGAN PEMBAHASAN NERS

Dr. Sestu Retno Dwi Andayani, S.Kp., M.Kes. - Dr. Budi Widiyanto, MN. -  
Ns. Elvia Metti, M.Kep., Sp.Kep.Mat. - Ns. Harmilah, S.Pd., S.Kep., Sp.KMB. -  
Ns. N. L. K. Sulisnadewi, M.Kep., Sp.Kep.An. - Ns. Olivia Bawaeda, M.Kep., Sp.Kep.A. -  
Siti Rochanah, M.Kes., M.Kep., Sp.Kep.M. - Widyoningsih, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom. -  
Ns. Ratna Sari Dinaryanti, M.Kep., Sp.Kep.MB - Abil Rudi, S.Kep., M.Kes., Ph.D., PN (C) -  
Ahmad Nur Khoiri, S.Kep., Ns., M.Kes. - Anida, S.Kep., Ns., M.Sc. -  
Christina Nur Widayati, S.Kep., Ns., MH.Kes. - Dewi Wulandari, S.Kep., Ns., M.Kes. -  
Diah Ayu Fatmawati, S.Kep., Ners., M.Kep. - Ditha Astuti Purnamawati, S.Kep., Ners., M.Kep. -  
Estin Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Kep. - Fransiska Tatto Dua Lembang, S.Kep., Ns., M.Kes. -  
Fransiskus Hardin B., SKM., M.Kes. - Lutiyah, Ns., M.Kep. -  
Mokh. Sandi Haryanto, S.Kep., Ners., M.Kep. - Mukhoirotin, S.Kep., Ns., M.Kep. -  
Novia Dwi Astuti, M.Kep. - Novita Dewi, S.Kep., Ns., M.Biomed. - Ns. Arifin Hidayat, SST., M.Kes. -  
Ns. Azhar Mu'alim, M.Kep. - Ns. Bayu Azhar, S.Kep., M.Kep. - Ns. Chichi Hafifa Transyah, M.Kep. -  
Ns. Dewi Fitriani, S.Kep., M.Kep. - Ns. M. Iqbal Angga Kusuma, M.Kep. -  
Ns. Marta Suri, M.Kep. - Ns. Martha K. Silalahi. M.Kep. - Ns. Meri Anggryni, S. Kep., M.Kep. -  
Ns. Mia Atlantic, M.Kep. - Ns. Mikro Eka Putri, M.Kep. - Ns. Nike Puspita Alwi, M.Kep. -  
Ns. Nurmawati, M.Kep. - Ns. Rahmi Dwi Yanti, M.Kep. - Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep. -  
Ns. Zolla Amely Ilda, S.Kep., M.Kep. - Ns. Alfonsa Reni Oktavia, S.Kep., MKM. -  
Nur Yeti Syarifah, S.Kep., Ns., M.Med. Ed. - Nurul Khoirun Nisa, S.Kep., Ns., M.Kep. -  
Nurul Mawaddah, S.Kep., Ns., M.Kep. - Nusdin, S.Kep., Ns., M.Kes. - Ratna Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep. -  
Rini Palupi, S.Kep., Ners., M.Kep. - Riska Hediya Putri, S.Kep., Ners., M.Kep. -  
Yenny Sima, S.Kep., Ns., M.Kep. - Yersi Ahzani, S.Kep., Ners., M.Kep. -  
Yohanes Wahyu Nugroho, S.Kep., Ns., M.Kes. - Yuli Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep. -  
Yuliaty, SKP., MM., M.Kep. -

Editor:  
**Dr. Ns. Moch. Maftuchul Huda, SKp., M.Kep., Sp.Kom.**

# **KUMPULAN SOAL UJI KOMPETENSI**

## **DENGAN PEMBAHASAN - NERS**

### **Penulis:**

- Dr. Sestu Retno Dwi Andayani, S.Kp., M.Kes.  
Dr. Budi Widiyanto, MN.  
Ns. Elvia Metti, M.Kep., Sp.Kep.Mat.  
Ns. Harmilah, S.Pd., S.Kep., Sp.KMB.  
Ns. N. L. K. Sulisnadewi, M.Kep., Sp.Kep.An.  
Ns. Olivia Bawaeda, M.Kep., Sp.Kep.A.  
Siti Rochanah, M.Kes., M.Kep., Sp.Kep.M.  
Widyoningsih, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom.  
Ns. Ratna Sari Dinaryanti, M.Kep., Sp.Kep.MB  
Abil Rudi, S.Kep., M.Kes., Ph.D., PN (C)  
Ahmad Nur Khoiri, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Anida, S.Kep., Ns., M.Sc.  
Christina Nur Widayati, S.Kep., Ns., MH.Kes.  
Dewi Wulandari, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Diah Ayu Fatmawati, S.Kep., Ners., M.Kep.  
Ditha Astuti Purnamawati, S.Kep., Ners., M.Kep.  
Estin Yuliasutti, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Fransiska Tatto Dua Lembang, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Fransiskus Hardin B., SKM., M.Kes.  
Lutiyah, Ns., M.Kep.  
Mokh. Sandi Haryanto, S.Kep., Ners., M.Kep.  
Mukhoirotin, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Novia Dwi Astuti, M.Kep.  
Novita Dewi, S.Kep., Ns., M.Biomed.  
Ns. Arifin Hidayat, SST., M.Kes.  
Ns. Bayu Azhar, S.Kep., M.Kep.
- Ns. Chichi Hafifa Transyah, M.Kep.  
Ns. Dewi Fitriani, S.Kep., M.Kep.  
Ns. M. Iqbal Angga Kusuma, M.Kep.  
Ns. Marta Suri, M.Kep.  
Ns. Martha K. Silalahi, M.Kep.  
Ns. Meri Anggryni, S. Kep., M.Kep.  
Ns. Mia Atlantic, M.Kep.  
Ns. Miko Eka Putri, M.Kep.  
Ns. Nike Puspita Alwi, M.Kep.  
Ns. Nurmawati, M.Kep.  
Ns. Rahmi Dwi Yanti, M.Kep.  
Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep.  
Ns. Zolla Amely Ilda, S.Kep., M.Kep.  
Ns. Alfonsa Reni Oktavia, S.Kep., MKM.  
Nur Yeti Syarifah, S.Kep, Ns., M.Med. Ed.  
Nurul Khoirun Nisa, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Nurul Mawaddah, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Nusdin, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Ratna Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Rini Palupi, S.Kep., Ners., M.Kep.  
Riska Hediya Putri, S.Kep., Ners., M.Kep.  
Yenny Sima, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Yersi Ahzani, S.Kep., Ners., M.Kep.  
Yohanes Wahyu Nugroho, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Yuli Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Yuliati, SKp., MM., M.Kep.

### **Editor:**

Dr. Ns. Moch. Maftuchul Huda, SKp., M.Kep., Sp.Kom.



# **KUMPULAN SOAL UJI KOMPETENSI DENGAN PEMBAHASAN - NERS**

**Penulis:** Dr. Sestu Retno Dwi Andayani, S.Kp., M.Kes., dkk.

**Editor:** Dr. Ns. Moch. Maftuchul Huda, SKp., M.Kep., Sp.Kom.

**Desain Sampul:** Ivan Zumarano

**Penata Letak:** Deni Sutrisno, Achmad Faisal

**ISBN:** 978-623-8549-18-4

**Cetakan Pertama:** Februari, 2024

Hak Cipta 2024

---

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

**Copyright © 2024**

**by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

*All Right Reserved*

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

website: [www.nuansafajarcemerlang.com](http://www.nuansafajarcemerlang.com)

instagram: @bimbel.optimal

**PT NUANSA FAJAR CEMERLANG**

**Anggota IKAPI (624/DKI/2022)**

## PRAKATA

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat serta hidayah-Nya kami dapat menyelesaikan Buku "**Kumpulan Soal UKOM dengan Pembahasan – Ners**" untuk Prodi Profesi Ners. Buku ini disusun sebagai panduan persiapan untuk menghadapi ujian kompetensi.

Buku ini dirancang untuk membantu mengasah pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk menjawab berbagai jenis soal Uji Kompetensi Profesi Ners. Setiap soal dilengkapi dengan pembahasan yang komprehensif, yang tidak hanya memberikan jawaban yang tepat, tetapi juga menjelaskan konsep-konsep dasar serta prinsip-prinsip yang mendasarinya.

Melalui latihan soal yang disajikan dalam buku ini, diharapkan dapat mengidentifikasi area-area yang perlu diperbaiki, memperdalam pemahaman tentang materi-materi yang diujikan, dan meningkatkan kemampuan dalam menganalisis serta memecahkan masalah-masalah yang kompleks dalam praktik keperawatan.

Saya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam pembuatan buku ini, serta mahasiswa yang telah memilih buku ini sebagai alat bantu untuk persiapan menghadapi Uji Kompetensi. Penulis menyadari masih terdapat kekurangan pada buku ini. Semoga buku ini dapat menjadi sumber belajar yang bermanfaat dan membawa Anda menuju kesuksesan.

Penulis

## SAMBUTAN



***Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh,***

Puji syukur marilah kita panjatkan atas kehadirat Allah Subhanahu Wa Ta'ala. Sholawat serta salam kita hantarkan kepada baginda Muhammad Shalallahu Alaihi Wassalam. Melalui kesempatan ini, saya mewakili OPTIMAL mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada para penulis buku **Kumpulan Soal Uji Kompetensi dengan Pembahasan - Ners.** Kami mendampingi dan merasakan sekali perjuangan Bapak/Ibu dalam menyelesaikan buku ini. Semoga dapat memberikan manfaat bagi para pembaca di seluruh Indonesia dan mahasiswa Indonesia yang berada di luar negeri.

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

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

Salam hormat dan sehat selalu untuk kita semua.

***Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.***

Direktur

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Rizky Al Gibran

instagram: algibb

**DAFTAR ISI**

PRAKATA .....	iii
SAMBUTAN .....	iv
DAFTAR ISI.....	v
SOAL KEPERAWATAN ANAK.....	1
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN ANAK.....	11
SOAL KEPERAWATAN GAWAT DARURAT.....	31
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN GAWAT DARURAT .....	41
SOAL KEPERAWATAN GERONTIK .....	67
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN GERONTIK.....	71
SOAL KEPERAWATAN JIWA.....	79
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN JIWA.....	88
SOAL KEPERAWATAN KELUARGA.....	105
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN KELUARGA .....	109
SOAL KEPERAWATAN KOMUNITAS .....	115
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN KOMUNITAS .....	122
SOAL KEPERAWATAN MANAJEMEN.....	135
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MANAJEMEN .....	146
SOAL KEPERAWATAN MATERNITAS.....	171
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MATERNITAS .....	179
SOAL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH.....	195
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH.....	215
DAFTAR PUSTAKA.....	261



# **VOUCHER DISKON BIMBEL**

Nama : .....

Kampus : .....

Nomor Whatsapp : .....

Doa dan Harapan : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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

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

**SOAL**  
**KEPERAWATAN ANAK**

1. Anak laki-laki, 7 tahun, dirawat di RS sejak seminggu yang lalu. Hasil pengkajian: anak mengatakan takut ketika disuntik dan tidak suka dengan diperiksa terus. Anak terlihat sering murung dan tidak bersemangat. Apa jenis kegiatan bermain yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah anak tersebut?
  - A. Terapi music.
  - B. Bermain peran.
  - C. Terapi bermain.
  - D. Bermain terapeutik.
  - E. Aktivitas bermain rekreasional.
2. Batita perempuan, 18 bulan, dirawat di RS sejak dua hari yang lalu. Hasil pengkajian: ibu mengatakan ada anggota keluarga dengan riwayat tuberkulosis, kesadaran dengan GCS 11, anak gelisah, suhu  $38,2^{\circ}\text{C}$ , frekuensi napas 45x/menit, nadi 55x/menit, TD 135/100mmHg, anak muntah satu kali, ubun-ubun membonjol, kaku kuduk positif. Apa diagnosis keperawatan utama pada batita tersebut?
  - A. Hipertermia.
  - B. Pola napas tidak efektif.
  - C. Bersihan jalan napas tidak efektif.
  - D. Risiko perfusi cerebral tidak efektif.
  - E. Penurunan kapasitas adaptif intracranial.
3. Balita perempuan, 3 tahun, dibawa ibu ke Puskesmas. Hasil pengkajian ibu mengatakan anak lahir prematur 5 minggu, BB 11,5kg, TB 90cm. Hasil penilaian perkembangan menggunakan *Denver II* terdapat *caution* pada motorik kasar, bahasa, dan normal pada motorik halus, personal sosial. Apakah kesimpulan akhir penilaian perkembangan pada anak tersebut?
  - A. Normal.
  - B. Suspect.
  - C. Tidak ada kesempatan.
  - D. Keterlambatan (*delayed*).
  - E. Tidak dapat diuji (*untestable*).
4. Bayi perempuan, 3 hari, lahir prematur dengan BB 1.800gram, usia kehamilan 28minggu, dirawat di ruangan perinatologi. Hasil pengkajian: suhu tubuh  $36,6^{\circ}\text{C}$ . refleks hisap dan reflek menelan lemah, ikterik pada area wajah sampai dada. Berapa derajat ikterik pada bayi tersebut?
  - A. I

- B. II  
C. III  
D. IV  
E. V
5. Balita laki-laki, 4 tahun, dibawa ibu ke Puskesmas. Hasil pengkajian: ibu mengatakan anak batuk sejak 3 hari yang lalu, suhu  $38^{\circ}\text{C}$ , napas 45x/menit, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada *wheezing*. Apa klasifikasi gejala yang dialami anak tersebut?  
A. ISPA  
B. pneumonia  
C. pneumonia berat  
D. penyakit sangat berat  
E. batuk bukan pneumonia
6. Bayi baru lahir melalui prosedur *sectio caecaria* 1 menit yang lalu dengan respon bayi meringis, warna kulit kemerahan dan biru pada ekstremitas, nadi 104x/menit, napas lemah dan irama tidak teratur, tonus otot lemah. Perawat yang mendapat tugas menerima bayi baru lahir melakukan penilaian *APGAR score*. Apakah interpretasi nilai *APGAR* pada bayi tersebut?  
A. normal  
B. sianosis  
C. gagal napas  
D. asfiksia berat  
E. asfiksia sedang
7. Batita perempuan, 2 tahun masuk IGD dengan keluhan batuk berlendir sejak 5 hari yang lalu, sputum berlebih, batuk tidak efektif, ronchi pada kedua lapang paru, sesak, demam, mual, nafsu makan menurun dan lemas. Hasil pengukuran; TD 90/60mmHg, nadi 112x/menit, napas 40x/m, suhu  $37,9^{\circ}\text{C}$ . Apakah diagnosa keperawatan utama pada kasus diatas?  
A. hipertemia  
B. hipovolemia  
C. defisit nutrisi  
D. pola napas tidak efektif  
E. bersihan jalan napas tidak efektif

8. Keluarga adalah pemberi dukungan terbaik pada anak selama menjalani hospitalisasi. Sehingga proses asuhan keperawatan anak harus berpusat pada konsep anak sebagai bagian dari keluarga atau *family centered care* (FCC). Apakah manfaat dari penerapan FCC dalam asuhan keperawatan anak yang menjalani hospitalisasi?
- A. Mempersingkat lama hari rawat.
  - B. Keluarga merasa nyaman di rumah sakit.
  - C. Keluarga mendapat pendidikan kesehatan.
  - D. Orangtua dapat melanjutkan perawatan dirumah.
  - E. Hubungan perawat dan keluarga menguat dalam meningkatkan kesehatan anak.
9. Balita perempuan, 4 tahun sedang mengikuti kegiatan posyandu tiba-tiba tersedak dengan permen. Perawat yang bertugas di posyandu saat itu bergegas menolong anak dengan melakukan *manuver abdominal thrust*. Dimanakah letak posisi tangan yang tepat?
- A. Pusar dan dada.
  - B. Umbilikus dan paha.
  - C. Perut bawah dan dada.
  - D. Paha dan *processus xiphoideus*.
  - E. Umbilikus dibawah *processus xiphoideus*.
10. Anak perempuan, 12 tahun dirawat di ruangan penyakit kronik dengan diagnosa medis osteosarkom paska amputasi kaki kiri. Ibu mengatakan bahwa semenjak kehilangan kaki kiri anak menjadi pendiam, bicara seadanya, nafsu makan menurun dan susah tidur. Apakah intervensi mandiri keperawatan yang tepat?
- A. Terapi musik.
  - B. Manajemen nutrisi.
  - C. Promosi citra tubuh.
  - D. Manajemen lingkungan.
  - E. Edukasi prosedur tindakan.
11. Bayi perempuan, 4 bulan, dibawa ibunya ke Posyandu untuk imunisasi polio. Hasil pengkajian: ibu mengatakan rutin melakukan imunisasi sesuai jadwal imunisasi sebelumnya, BB 7,5kg, perawat mengidentifikasi riwayat Kesehatan dan riwayat alergi. Apa tindakan keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?
- A. Memonitor suhu tubuh.
  - B. Memeriksa tanda dan gejala.

- C. Mengidentifikasi kontraindikasi.  
D. Informasikan imunisasi yang wajib.  
E. Menjelaskan tujuan, manfaat dan reaksi.
12. Anak laki-laki, 4 tahun, anak pertama, dibawa ibunya ke klinik tumbuh kembang dengan keluhan tantrum. Hasil pengkajian: ibu mengatakan sering marah-marah setelah tahu akan punya adik, setiap hari pasien ditemani neneknya selama orang tua bekerja dari jam 06.30-16.30 WIB. Apa tindakan edukasi keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Berikan contoh sikap saling menghargai.  
B. Fasilitasi anak untuk semua kebutuhannya.  
C. Diskusikan konsekuensi *reward* dan *punishment*.  
D. Identifikasi anak untuk memiliki tanggung jawab.  
E. Ajarkan anak untuk dilibatkan dalam kegiatan Bersama.
13. Bayi Perempuan, baru lahir, diruang bersalin. Hasil pengkajian: *APGAR Score* pada menit ke lima. Hasil pengkajian; warna kulit kemerahan ekstremitas biru, frekuensi nadi 98x/mnt, gerakan bayi sedikit, fleksi lemah, napas lemah dan merintih. Berapa penilaian *APGAR Score* pada kasus tersebut?
- A. 4  
B. 5  
C. 6  
D. 7  
E. 8
14. Anak laki-laki, 11 tahun, dirawat di ruang anak dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian: pasien mengatakan saat berbaring sesak bertambah, batuk berdahak sulit keluar, lelah, ronchi, BB 33Kg, suhu 37,6°C, frekuensi napas 34x/menit. Perawat melatih cara batuk efektif. Apa evaluasi keperawatan pada kasus tersebut?
- A. *Dispnea* meningkat.  
B. Berat badan meningkat.  
C. Termoregulasi membaik.  
D. Produksi sputum menurun.  
E. Tekanan ekspirasi meningkat.
15. Anak Perempuan, 8 tahun, dirawat di ruang anak dengan keluhan nyeri kepala. Hasil pengkajian: nyeri seperti ditusuk tusuk, lemah, kaku tengkuk, ruam, mual

- dan muntah, sensitif terhadap cahaya, skala nyeri 6, suhu  $37,7^{\circ}\text{C}$ , TD 125/80mmHg. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Nyeri akut
  - B. Hipertermi
  - C. Defisit nutrisi
  - D. Intoleransi aktifitas
  - E. Gangguan tumbuh kembang
16. Anak laki-laki, 3 tahun, dibawa ibunya ke klinik tumbuh kembang dengan riwayat *Global Developmental Defect*/GDD. Perawat melakukan pengukuran antropometri tinggi badan anak. Hasil pengkajian: anak digendong ibunya, belum bisa berdiri sendiri, perawat mengukur tinggi badan anak dengan berbaring di atas alat pengukur, panjang 60cm. Berapa hasil pengukuran tinggi badan anak yang harus didokumentasikan oleh perawat pada kasus tersebut?
- A. 53 cm
  - B. 60 cm
  - C. 67 cm
  - D. 59,3 cm
  - E. 60,7 cm
17. Perawat akan mengukur tinggi badan anak 2,5 tahun. Perawat telah melakukan verifikasi order, cuci tangan, menyiapkan diri, cek kesiapan alat mikrotois siap digunakan pengukuran, salam terapeutik, cek identitas aktif pasien, menyampaikan maksud dan tujuan, anak sudah tidak memakai sandal/sepatu, topi. Apa langkah perawat selanjutnya berdasarkan pada kasus tersebut?
- A. Pastikan anak berdiri tegak menghadap ke depan.
  - B. Pastikan pantat anak menempel pada tiang pengukur.
  - C. Pastikan tumit anak tidak menempel pada tiang pengukur.
  - D. Pastikan punggung anak tidak menempel pada tiang pengukur.
  - E. Turunkan batas atas pengukur sampai menempel di ubun-ubun.
18. Bayi perempuan, 3 hari, dibawa ibunya ke IGD. Hasil pengkajian: ibu mengatakan sebelumnya bayi muntah saat disusui, muntahan masuk ke hidung, kemudian sesak dan badan kebiruan. BB Lahir 2.450gr, panjang badan 45cm, napas 63x/permennit, suhu  $37,5^{\circ}\text{C}$ . Apakah tindakan perawat pada kasus di atas?
- A. Lakukan *suction*
  - B. Rawat bayi dalam *incubator*
  - C. Lakukan water *tepid sponge*

- D. Berikan oksigen *nasal canule*
- E. Kolaborasi pemberian *nebulizer*
19. Perawat akan memberikan injeksi *ampicillin* 2 x 150mg melalui intravena jalur *IV line* pada bayi usia 8 bulan. Perawat sudah melakukan verifikasi order, cuci tangan, menyiapkan alat, salam terapeutik, pengecekan identitas, mengatur posisi nyaman, menutup akses dari cairan *IV line* menuju ke vena pada *Three Way*, membuka penutup akses *IV line*, meletakkan sputit pada akses *IV line*. Apakah langkah selanjutnya yang dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Memasukkan obat.
- B. Melakukan aspirasi.
- C. Mengklem jalur cairan *IV line*.
- D. Memastikan tidak ada udara dalam sputit.
- E. Membuka jalur *Three way* agar cairan mengalir.
20. Perawat melakukan pemeriksaan perkembangan menggunakan *Denver II*. Perawat meminta anak untuk menumpuk kubus dari 2 kubus, 3 kubus sampai dengan 4 kubus. Apakah aspek *Denver* yang sedang diperiksa perawat pada kasus tersebut?
- A. bahasa
- B. mental
- C. motorik kasar
- D. motorik halus
- E. personal sosial
21. Bayi Perempuan, 5 bulan dibawa ke RS. Hasil pemeriksaan: terdapat pembesaran pada daerah abdomen, palpasi hepar membesar, kulit, mata bayi nampak kekuningan, *feces* nampak pucat, napas 32x/menit, nadi 158 x/menit, suhu 38°C, pernapasan cuping hidung dan terdapat penggunaan otot bantu pernapasan. Apa diagnosis yang tepat untuk pasien tersebut?
- A. Hipertermi b.d infeksi virus.
- B. Kurang volume cairan b.d mual muntah.
- C. Pola napas tidak efektif b.d kerusakan ductus billier.
- D. Nutrisi kurang dari kebutuhan b.d gangguan penyerapan lemak.
- E. Kerusakan integritas kulit b.d akumulasi cairan empedu di darah dan kulit.

22. Bayi Laki-laki, 4 bulan, dibawa ke RS. Hasil pemeriksaan: bayi sering mendengkur, refleks kornea dan pupil kurang, anak membuka mata saat diberikan tindakan, tidak ada reflek saat tangan disentuh, nadi 96x/menit, napas 42x/menit, suhu 36,9°C, TD 78/55 mmHg. Apakah kesadaran anak tersebut?
- A. koma
  - B. sopor
  - C. apatis
  - D. somnolen
  - E. compos mentis
23. Anak perempuan, 4 tahun di antar orang tuanya ke UGD karena panas sudah 3 hari dan muntah-muntah. Hasil pengkajian: pasien tampak lemas, mukosa bibir kering, turgor kulit kurang elastis, akral dingin, nadi 100x/menit, suhu 38,6°C, napas 28x/menit, petikie pada ekstremitas, Trombosit 87.000/mm<sup>3</sup>, Hematokrit 40%. Apa rencana tindakan untuk anak tersebut?
- A. Beri banyak minum.
  - B. Ukur *intake* dan *out put*.
  - C. Kaji tanda-tanda dehidrasi.
  - D. Beri antiemetik sesuai terapi.
  - E. Berikan cairan parenteral sesuai program.
24. Bayi Perempuan, 2 hari, dirawat di RS. Ibu mengeluh saat menyusui sering berhenti napasnya. Hasil pengkajian: nadi 160x/menit, napas 34 x/menit, suhu 38,6°C, *APGAR* 5/6, BB 1.800gram, panjang badan 48cm, terdengar mur-mur pada auskultasi jantung, bibir nampak pucat, hasil *rontgen* menunjukkan pembesaran jantung, Apa diagnosis keperawatan pada anak tersebut ?
- A. Nyeri otot b.d biologis.
  - B. Resiko infeksi b.d luka post operasi.
  - C. Intoleransi aktivitas b.d perawatan di inkubator.
  - D. Gangguan perfusi jaringan b.d penurunan kadar oksigen dalam darah.
  - E. Pola napas tidak efektif b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.
25. Anak perempuan, 3 tahun dibawa ke RS dengan keluhan demam 3 hari, rewel, tidak mau makan, minum susu hanya sedikit. Perawat meminta orang tua untuk membantu mengalihkan perhatian anak dengan cara memberikan mainan karena anak akan dilakukan pemasangan infus. Apa prinsip *atraumatic care* yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?

- A. Modifikasi lingkungan.  
B. Tidak melakukan kekerasan pada anak.  
C. Mencegah dan mengurangi cedera dan nyeri.  
D. Menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga.  
E. Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak.
26. Anak perempuan, 5 tahun, dirawat di RS dengan diare. Hasil pemeriksaan: anak tidak mau makan dan minum, anak tampak lemah, nadi 120x/menit, napas 40x/menit, suhu 36,5°C, mukosa bibir kering, cubitan kulit perut kembali lambat, mata cekung. Apa intervensi untuk masalah keperawatan utama kasus tersebut?
- A. Berikan obat anti diare.  
B. Berikan makanan lunak.  
C. Monitor asupan makanan.  
D. Monitor intake dan output cairan.  
E. Anjurkan ibu selalu menemani anak.
27. Anak perempuan, 2 tahun, dirawat di RS dengan asma. Hasil pemeriksaan: suhu 36,5°C, napas 48x/menit, nadi 90x/menit, *dyspnea*, mampu mengeluarkan dahak, fase ekspirasi memanjang, terdapat retraksi dinding dada, tidak ada suara stridor. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Risiko aspirasi.  
B. Pola napas tidak efektif.  
C. Gangguan pertukaran gas.  
D. Risiko defisit volume cairan.  
E. Bersihkan jalan napas tidak efektif.
28. Anak laki-laki, 3 tahun, dirawat di RS dengan diare dehidrasi sedang. Hasil pemeriksaan: nadi 130x/menit, napas 40x/menit, suhu 37,2°C, ibu mengatakan anak susah diberi minum, rewel, tidak mau makan, keadaan umum lemah, mukosa bibir kering, cubitan kulit perut kembali lambat. Perawat telah melaksanakan implementasi untuk masalah keperawatan utama dan melakukan evaluasi. Apa data yang harus dievaluasi pada kasus tersebut?
- A. Rasa haus meningkat.  
B. Turgor kulit membaik.  
C. Asupan nutrisi meningkat.  
D. Konsistensi feses membaik.  
E. Kebutuhan cairan meningkat.

29. Anak laki-laki, 2 tahun, dirawat dengan gizi buruk. Hasil pemeriksaan: frekuensi nadi 120x/menit, napas 38x/menit, suhu 38,7°C, anak tampak lemah, mukosa bibir kering, BB 10Kg, edema pada ekstremitas, kadar albumin serum rendah. Apa intervensi masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?

- A. Batasi cairan.
- B. Batasi aktifitas anak.
- C. Berikan kompres hangat.
- D. Berikan diet kalori tinggi.
- E. Berikan diet tinggi protein.

30. Anak Laki-Laki, diantar oleh keluarga ke poliklinik tumbuh kembang untuk dinilai perkembangannya tanggal 18 November 2023, anak lahir tanggal 22 Desember 2021. Perawat akan menilai perkembangan anak menggunakan KPSP. Apa formulir KPSP yang tepat dipakai pada kasus tersebut?

- A. 18 bulan
- B. 21 bulan
- C. 23 bulan
- D. 24 bulan
- E. 26 bulan

# **PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN ANAK**

## 1. D. Bermain terapiutik

Anak menjalani hospitalisasi. Anak mengatakan takut ketika disuntik dan tidak suka dengan diperiksa terus. Anak terlihat sering murung dan tidak bersemangat

- A. Terapi musik: merupakan jenis terapi relaksasi untuk kenyamanan.
- B. Bermain peran: merupakan salah satu aktifitas bermain berdasarkan isi permainan, namun tidak cocok diterapkan pada anak dengan gangguan komunikasi
- C. Terapi bermain: memberikan rekomendasi intervensi yang tepat untuk membantu anak memahami perilaku dan berusaha mengubah perilaku. Ini cocok dilakukan pada anak dengan gangguan psikososial
- D. Bermain terapiutik: merupakan bermain dengan struktur yang jelas, ditentukan orang dewasa dengan tujuan tertentu untuk membantu anak menghadapi kekhawatiran, kecemasan dan ketakutan saat hospitalisasi
- E. Aktivitas bermain rekreasional: merupakan kegiatan bermain bebas yang dilakukan anak untuk kesenangan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perbedaan jenis kegiatan bermain pada anak (terapi bermain, bermain terapeutik dan aktivitas bermain rekreasional).

Referensi: Wong, D. L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schawrtz, P. (2014). Wong: Buku Ajar Keperawatan Pediatrik (6th ed) Jakarta: EGC.

## 2. E. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

Kesadaran dengan GCS 11, anak gelisah, suhu 38,2°C, napas 45x/menit, nadi 55x/menit, anak muntah satu kali, ubun-ubun membonjol, kaku kuduk positif.

- A. hipertermia: suhu tubuh diatas rentang normal, diagnosis ini dapat ditegakkan namun bukan diagnosis keperawatan utama
- B. pola napas tidak efektif: pasien dispnea, namun gejala mayor lainnya tidak mendukung penegakan diagnosis keperawatan ini
- C. risiko perfusi cerebral tidak efektif: diagnosis ini dapat ditegakkan namun bukan diagnosis keperawatan utama
- D. bersihan jalan napas tidak efektif: tidak ditemukan gejala mayor untuk mendukung penegakan diagnosis keperawatan ini

- E. penurunan kapasitas adaptif intrakranial: 80% gejala mayor ditemukan pada anak, TD meningkat dengan, bradikardia, pola napas ireguler, tingkat kesadaran menurun, refleks neurologis terganggu

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang meningitis pada anak.

Referensi: Wong, D. L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schawrtz, P. (2014). Wong: Buku Ajar Keperawatan Pediatric (6th ed) Jakarta: EGC.

PPNI (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2 ed.). Jakarta: DPP PPNI

### **3. B. *Suspect***

Hasil penilaian perkembangan menggunakan *Denver II* terdapat *caution* pada motorik kasar, bahasa, normal pada motorik halus dan personal social.

- A. normal: tidak ada penilaian delayed (keterlambatan), paling banyak 1 *caution*
- B. *suspect*: terdapat 2 atau lebih *caution*, terdapat 1 atau lebih *delayed* yang terjadi karena *fail/kegagalan* bukan karena menolak/*refuse*.
- C. tidak ada kesempatan: anak tidak bisa dilakukan penilaian karena sakit atau menolak
- D. keterlambatan (*delayed*): Gagal/menolak hal-hal yang ada disebelah kiri dari garis umur. Ini merupakan hasil interpretasi, bukan kesimpulan akhir hasil tes perkembangan.
- E. tidak dapat diuji (*untestable*): terdapat 1 atau lebih skor *delayed* (terlambat), dan/atau terdapat 2 atau lebih *caution*

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penilaian perkembangan anak dengan metode *Denver II*.

Referensi: Wong, D. L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schawrtz, P. (2014). Wong: Buku Ajar Keperawatan Pediatric (6th ed) Jakarta: EGC.

*Denver II*

### **4. B. II**

Ikterik pada area wajah sampai dada

- A. Ikterik derajat I: kuning/ ikterik pada area wajah sampai leher
- B. Ikterik derajat II: kuning/ ikterik pada area wajah sampai dada

- C. Ikterik derajat III: kuning/ ikterik pada area wajah sampai abdomen
- D. Ikterik derajat IV: kuning/ ikterik pada area wajah sampai abdomen dan ekstremitas
- E. Ikterik derajat V: kuning/ ikterik pada seluruh tubuh sampai telapak tangan dan kaki

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang ikterik neonatus dan penilaian ikterik dengan metode kremer.

Referensi: Wong, D. L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schawrtz, P. (2014). Wong: Buku Ajar Keperawatan Pediatrik (6th ed) Jakarta: EGC.

## **5. B. Pneumonia**

Balita 4 tahun, anak batuk sejak 3 hari yang lalu, suhu 380C, napas 45x/menit, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada *wheezing*.

- A. ISPA: kategori umum infeksi saluran napas akut
- B. Pneumonia: gejala napas cepat
- C. Pneumonia berat: gejala tarikan dinding dada ke dalam atau saturasi oksigen  $\leq 92\%$
- D. Penyakit sangat berat: gejala tidak bisa minum atau menyusu, memuntahkan semua makanan dan minuma, pernah kejang selama sakit ini, ditemukan satu atau lebih gejala/tanda pada komponen penampilan ATAU usaha napas ATAU sirkulasi
- E. Batuk bukan pneumonia: gejala batuk, tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam, tidak ada napas cepat

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang MTBS.

Referensi: Kemenkes RI (2021). Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta.

## **6. E. Asfiksia sedang**

Meringis, biru pada ekstermitas, nadi  $> 100x/\text{menit}$ , napas lemah, irama tidak teratur dan tonus otot lemah

*APGAR score* merupakan penilaian keadaan umum bayi baru lahir, yang dilakukan pada menit 1 dan ke 5 setelah kelahiran.

- A. Normal: jika nilai *APGAR* 7 - 10
- B. Sianosis merupakan salah satu manifestasi klinis bukan interpretasi *APGAR*

- C. Gagal napas merupakan salah satu kondisi yang bisa saja terjadi pada BBL namun bukan interpretasi *APGAR*
- D. Asfiksia berat: bayi baru lahir dengan nilai APGAR 0 – 3
- E. Asfiksia sedang memiliki tanda gejala meringis skor 1, warna kulit kemerahan dan ekstremitas biru skor 1, nadi teraba 104 x/menit skor 2. Napas lemah dan irama napas tidak teratur skor 1, tonus otot lemah skor 1, sehingga nilai total *APGAR* skor dari bayi tersebut adalah 6

Mahasiswa sebaiknya mempelajari dan menguasai teknik penilaian dan interpretasi *APGAR score*.

Referensi: Andreas, C., Kago, D. A., Moyo, G. K., & Obadeyi, B. (2019). Relevance and Applicability of the Apgar Score in Current Clinical Practice. *EC Paediatrics*, 8(11), 01–07. <https://www.researchgate.net/publication/343167712>

## 7. E. Bersihkan jalan napas tidak efektif

gejala major: batuk berlendir, sputum berlebih, batuk tidak efektif, ronchi dan sesak

menetapkan masalah keperawatan harus memperhatikan gejala mayor yang ditemukan saat pengkajian.

- A. Hipertermi merupakan masalah keperawatan namun pada kondisi gawat darurat yang digambarkan dalam soal, hipertermi dapat menjadi diagnosis keperawatan selanjutnya bukan diagnosis keperawatan utama
- B. Hipovolemia belum dapat ditegakan sebagai diagnosis keperawatan karena belum cukup data penunjang
- C. Defisit nutrisi merupakan masalah keperawatan potensial terjadi namun belum merupakan diagnosis prioritas
- D. Pola napas tidak efektif belum dapat ditegakan karena gejala mayor yang ditemukan merupakan masalah gangguan airway. Diagnosis ini dapat ditegakan apabila *dispnea* tidak teratasi setelah pemberian intervensi pembebasan jalan napas.
- E. Bersihkan jalan napas tidak efektif menjadi diagnosa keperawatan utama dikarenakan terdapat 80% gejala mayor yaitu batuk berlendir, sputum berlebih, batuk tidak efektif, ronchi dan sesak

Mahasiswa dapat mempelajari dan memahami gejala klinis yang ditampilkan untuk memberika analisa yang tepat terhadap data hasil pengkajian.

Referensi: Tim Pokja PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

**8. E. Hubungan perawat dan keluarga menguat dalam meningkatkan kesehatan anak**

Family centered care (FCC), asuhan keperawatan dan keluarga

- A. mempersingkat lama hari rawat bisa saja menjadi indikator keberhasilan pelaksanaan FCC namun bukan merupakan manfaat langsung dari penerapan FCC
- B. keluarga merasa nyaman di rumah sakit: penerapan FCC dalam asuhan keperawatan anak, banyak melibatkan anggota keluarga sehingga terjadi peningkatan aktivitas keluarga yang mungkin dapat menganggu kenyamanan keluarga selama anak dirawat.
- C. keluarga mendapat pendidikan kesehatan: memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga merupakan intervensi keperawatan yang rutin dilakukan oleh perawat tidak hanya disaat penerapan FCC
- D. orangtua dapat melanjutkan perawatan di rumah: merupakan tujuan persiapan pemulangan (discharge planning) bukan manfaat FCC
- E. hubungan perawat dan keluarga menguat dalam meningkatkan kesehatan anak: FCC akan menuntut perawat untuk selalu melibatkan keluarga dalam proses perawatan dan pengambilan keputusan sehingga terbentuk hubungan yang kuat dalam berkolaborasi meningkatkan kesehatan anak.

Mahasiswa wajib mempelajari dan memahami konsep FCC dalam asuhan keperawatan anak.

Referensi: Yuliastati., Nining. (2018). Keperawatan Anak (cetakan 1). Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.

**9. E. Umbilikus di bawah *processus xiphoides*.**

*Abdominal thrust*, adalah Posisi penolong pada *manuver abdominal thrust*, berdiri di belakang korban dan merangkul korban dengan tangan di bawah ketiak korban. Kemudian kedua tangan dikepal dan diletakkan di atas umbilikus di bawah *processus xiphoides* korban. Kepalan tangan digenggam dengan tangan yang lain, lalu hentakan dilakukan.

- A. Pusar dan dada. Bagian tubuh ini juga tidak tepat karena area tindakan ada di bagian perut dan dada berada dibagian atas tubuh

- B. Umbilicus dan paha merupakan dua area yang tidak memungkinkan untuk posisi pelukan dari belakang karena paha merupakan bagian ekstermitas bawah sehingga tidak memberi keseimbangan posisi klien
- C. Perut bawah dan dada: jarak daerah dada ke bagian perut bawah terlalu jauh dan tidak memungkinkan untuk melakukan hentakan
- D. Paha dan prosessus xiphoideus merupakan bagian tubuh dengan jarak cukup jauh sehingga tidak memungkinkan untuk manuver abdominal thrust
- E. Umbilikus dibawah prosessus xiphoideus merupakan lokasi yang tepat

Mahasiswa fokus pada daerah perut (abdominal) sebagai lokasi pelaksanaan *manuver abdominal thrust*.

Referensi: Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2017). Wong's Essentials of Pediatric Nursing (10th ed) St. Louis: Elsevier.

### **10.C. Promosi citra tubuh.**

Semenjak kehilangan kaki kiri, anak menjadi pendiam.

Umur 12 tahun terdapat fase perkembangan *identity vs role confusion* (identitas vs kekacauan identitas) dimana remaja menjadi bingung dengan perubahan fungsi fisik dan menjadi sensitif terhadap kehilangan anggota tubuh. Remaja akan mengalami gangguan citra tubuh yang mempengaruhi interaksi sosialnya.

- A. Terapi musik merupakan intervensi yang diberikan untuk mengatasi kitudaknyamanan seperti nyeri dan cemas
- B. Manajemen nutrisi: intervensi ini belum tepat diberikan untuk usia remaja yang mengalami masalah psikososial
- C. Promosi citra tubuh: dengan melakukan diskusi perubahan fungsi tubuh dan mengidentifikasi kelebihan dan aktifitas yang dapat dilakukan pasca kehilangan kaki kiri akan meningkatkan citra diri remaja sehingga secara bertahap remaja mampu beradaptasi dengan perubahan fungsi tubuh. Lebih banyak diam, penurunan nafsu makan dan susah tidur dapat merupakan gejala mayor gangguan citra tubuh
- D. Manajemen lingkungan dapat diberikan sebagai intervensi pendukung dengan mengelola lingkungan untuk mendapat manfaat terapeutik.
- E. Edukasi prosedur tindakan merupakan intervensi yang diberikan sebelum prosedur amputasi dilakukan sehingga tidak tepat dilakukan pada kasus diatas.

Perhatikan gejala klinis: pasca amputasi kaki kiri, lebih banyak diam, penurunan nafsu makan dan susah tidur.

Referensi: Wong, D. L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schawrtz, P. (2014). Wong: Buku Ajar Keperawatan Pediatric (6th ed) Jakarta: EGC.

Tim Pokja PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

### **11.C. Mengidentifikasi kontraindikasi.**

4 bulan, imunisasi polio, perawat mengidentifikasi riwayat Kesehatan dan riwayat alergi.

Standar Intervensi Keperawatan: Manajemen Imunisasi/Vaksinasi.

#### **Observasi:**

1. Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi.
2. Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (misal, reaksi anafilaksis terhadap vaksin sebelumnya dan atau sakit parah dengan atau tanpa demam).
3. Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan.

#### **Terapeutik:**

1. Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral.
2. Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis. nama produsen, tanggal kedaluwarsa).
3. Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat.

#### **Edukasi**

1. Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal, dan efek samping.
2. Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis. Hepatitis B, BCG, difteri, tetanus, pertusis, H. influenza, polio, campak, measles, rubela).
3. Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah (mis. influenza, pneumokokus).
4. Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis. rabies, tetanus).
5. Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali.
6. Informasikan penyedia layanan Pekan Imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manajemen imunisasi/Vaksinasi.

Referensi: Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: DPP PPNI.

Jadwal Imunisasi Anak Umur 0-18 tahun Rekomendasi IDAI Tahun 2023  
<https://www.idai.or.id/artikel/klinik/imunisasi/jadwal-imunisasi-anak-idai>

### **12.E. Ajarkan anak untuk dilibatkan dalam kegiatan Bersama.**

4 tahun, tantrum, sering marah-marah setelah tahu akan punya adik, anak pertama, edukasi.

- A. Berikan contoh sikap saling menghargai, jawaban tidak relevan lebih ke tindakan terapeutik keperawatan.
- B. Fasilitasi anak untuk semua kebutuhannya, jawaban tidak relevan lebih ke tindakan terapeutik keperawatan.
- C. Diskusikan konsekuensi *reward* dan *punishment*, jawaban tidak relevan karena anak masih usia 4 tahun belum paham tentang *reward* dan *punishment*.
- D. Identifikasi anak untuk memiliki tanggung jawab, jawaban tidak relevan, karena lebih ke observasi.
- E. Ajarkan anak untuk dilibatkan dalam kegiatan bersama, pada kasus anak dengan *sibling* tindakan keperawatan yang tepat adalah, menyediakan waktu yang cukup untuk kegiatan bersama.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang dukungan *sibling*.

Referensi: Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan,: DPP PPNI

Hurock, E.(1989).Perkembangan Anak Jilid 2. Jakarta: Erlangga

### **13.B. 5**

Warna kulit kemerahan ekstremitas biru, nadi 98x/menit, gerakan bayi sedikit fleksi lemah, frekuensi napas lemah dan merintih.

**APGAR SCORE**

<b>Tanda</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Warna Kulit (Appearance)	Biru, pucat	Badan merah jambu, eksternitas biru	Seluruhnya merah jambu
Frekuensi denyut jantung (Pulse)	Tidak ada	<100	>100
Iritabilitas Reflex (Grimace)	Tidak ada respon	Meringis	Menangis kuat

Tonus Otot ( <i>Activity</i> )	Flaksid	Extremitas sedikit fleksi	Gerak aktif
Usaha Bernapas ( <i>Respiration</i> )	Tidak ada	Pelan, tidak teratur	Baik, menangis

Keterangan:

1. Vigorous Baby (bayi normal) : 7 – 10
2. Mild moderate asphyxia (asfiksia sedang) : 4 – 6
3. Asfiksia berat : 0 - 3
  - A. 4 berdasarkan interpretasi table jawaban tersebut salah
  - B. 5 berdasarkan interpretasi table jawaban tersebut benar
  - C. 6 berdasarkan interpretasi table jawaban tersebut salah
  - D. 7 berdasarkan interpretasi table jawaban tersebut salah
  - E. 8 berdasarkan interpretasi table jawaban tersebut salah

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan bayi baru lahir.

Referensi: Ngastiyah, 2012, Perawatan Anak Sakit. Edisi 2, EGC, Jakarta  
 Hockenberry, M.J. & Wilson,D. (2014). Wong's Nursing Care of Infant and Children. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc

#### **14.D. Produksi sputum menurun.**

11 tahun, sesak napas, batuk berdahak sulit, frekuensi napas 34 x/menit, batuk efektif.

- A. Jawaban tidak tepat seharusnya dengan tindakan batuk efektif *dispnea* menurun.
- B. Jawaban tidak tepat, karena berat badan masih tergolong normal.
- C. Jawaban tidak tepat karena suhu masih dalam rentang normal
- D. Jawaban tepat. Batuk efektif merupakan suatu metode batuk dengan benar dimana energi dapat dihemat sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal. Tujuan dari batuk efektif, diantaranya; mengeluarkan semua udara dari dalam paru-paru dan saluran napas sehingga menurunkan frekuensi sesak napas.
- E. Jawaban tidak tepat, karena tidak tampak adanya otot diafragma berkontraksi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kriteria hasil bersihan jalan napas dan rasional dilakukan batuk efektif.

Referensi: PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI  
PPNI. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI  
Wong, D.L et al (2009) Wong's Essentials of Pediatric Wong, 6th Ed, St.Louis: Mosby, Inc.

### 15.A. Nyeri akut.

Keluhan nyeri kepala, nyeri seperti ditusuk tusuk, nyeri skala 6.

- A. Jawaban benar didukung dengan adanya data mayor untuk menegakkan masalah nyeri akut.
- B. Jawaban salah didukung dengan adanya data minor untuk menegakkan masalah hipertermi.
- C. Jawaban salah didukung dengan adanya data minor untuk menegakkan masalah deficit nutrisi.
- D. Jawaban salah didukung dengan adanya data minor untuk menegakkan masalah intoleransi aktifitas.
- E. Jawaban salah didukung dengan adanya data minor untuk menegakkan masalah gangguan tumbuh kembang.

Mahasiswa diharapakan mempelajari Kembali tentang tanda dan gejala meningitis serta penegakan diagnose keperawatan nyeri akut.

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

Wong, D. L. et. Al. (2009), *Wong's Essentials of Pediatric Wong, 6th Ed, St. Louis: Mosby, Inc.*

### 16.D. 59,3cm

Pengukuran tinggi badan dengan posisi berbaring.

- A. 53cm bukan merupakan jawaban yang benar, karena sesuai kasus maka jika pengukuran riel tidak dengan panduan sesuai umurnya, menggunakan ukuran dibawahnya maka dikurang 0,7cm bukan 7cm.
- B. 60cm bukan bagian jawaban yang tepat karena rielnya anak diukur dengan alat pengukur pada tingkat perkembangan di bawahnya, sehingga saat dokumentasi harus kembali memahami konsep pengukuran tinggi badan/Panjang badan atau berat badan

- C. 67cm bukan merupakan jawaban yang benar, karena sesuai kasus maka jika pengukuran riel tidak dengan panduan sesuai umurnya, pakai ukuran dibawahnya maka dikurang 0,7cm bukan ditambah 7cm
- D. 59,3cm merupakan jawaban yang benar, berdasarkan kasus, anak seharusnya diukur tinggi badan dengan berdiri karena usia sudah >24 bulan. Namun pada kenyataannya anak dilakukan pengukuran panjang badan karena kondisi kesehatan yang belum memungkinkan, sehingga memakai ukuran di bawahnya, maka pendokumentasian hasil terukur dilakukan pengurangan 0,7cm.
- E. 60,7cm bukan jawaban yang benar, karena anak dilakukan pengukuran dalam kondisi tidak ideal terkait riwayat penyakitnya, dimana anak diukur dengan alat ukur di bawah kondisi standar, maka tidak ditambahkan 0,7cm

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep pengukuran berat badan dan tinggi badan anak.

Referensi: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022. Pedoman Pelaksanaan: Stimulasi Deteksi dan intervensi dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. Jakarta: Kemenkes RI

### **17.A. Pastikan anak berdiri tegak menghadap ke depan.**

Pengukuran tinggi badan anak diatas 2 tahun.

- A. Merupakan jawaban yang benar sesuai kasus.
- B. Jawaban b, c dan d merupakan urutan prosedur yang harus dilakukan setelah point a dilaksanakan.
- C. Jawaban b, c dan d merupakan urutan prosedur yang harus dilakukan setelah point a dilaksanakan.
- D. Jawaban b, c dan d merupakan urutan prosedur yang harus dilakukan setelah point a dilaksanakan.
- E. Jawaban e merupakan urutan prosedur yang harus dilakukan setelah point a, b, c, d dilaksanakan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP pengukuran tinggi badan anak.

Referensi: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022. Pedoman Pelaksanaan : Stimulasi Deteksi dan intervensi dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar, Jakarta, Kemenkes RI.

**18.E. Berikan oksigen nasal kanule.**

Riwayat BBLR, oksigenasi.

- A. Bukan merupakan pilihan yang sesuai, karena dalam kasus tidak mengalami masalah bersihan jalan napas sehingga tidak perlu disuction.
- B. Bukan merupakan pilihan jawaban yang sesuai, karena bayi tidak mengalami hipotermia yang memerlukan perawatan incubator.
- C. Bukan merupakan pilihan jawaban yang sesuai, karena bayi tidak mengalami hipertermia yang memerlukan perawatan water tepid sponge.
- D. Merupakan pilihan jawaban yang sesuai, karena bayi mengalami gangguan pola napas yang memerlukan pemberian oksigen nasal kanule.
- E. Bukan merupakan pilihan jawaban yang sesuai, tidak ada indikasi untuk pemberian nebulizer.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang standar intervensi untuk gangguan pola napas.

DPP PPNI. 2022. Pedoman Standar Pelayanan Operasional Keperawatan. Jakarta, Graha PPNI.

**19.B. Melakukan aspirasi**

SOP pemberian obat IV dengan *Three way*.

- A. Bukan merupakan pilihan yang sesuai, dilakukan setelah point B dilakukan.
- B. merupakan pilihan jawaban yang sesuai, karena pemberian obat dengan IV *three way* maka setelah kegiatan yang tertera pada kasus maka langkah selanjutnya adalah melakukan aspirasi dulu, untuk memastikan kepatenannya akses intravena.
- C. Bukan merupakan pilihan jawaban yang sesuai, sudah dilakukan dalam deskripsi di kasus.
- D. Bukan merupakan pilihan jawaban yang sesuai, karena tahap ini dilakukan sebelum obat disampaikan ke pasien.
- E. merupakan pilihan jawaban yang belum sesuai karena tahapan ini dilakukan di akhir pemberian obat IV.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP pemberian obat IV melalui three way.

Referensi: DPP PPNI. 2022. Pedoman Standar Pelayanan Operasional Keperawatan. Jakarta, Graha PPNI.

**20.D. Motorik halus**

Pemeriksaan dengan menggunakan kubus, pemahaman tentang sector perkembangan

- A. Bukan merupakan pilihan yang sesuai, karena aspek yang sedang diukur pada kasus adalah terkait motoric halus.
- B. Bukan merupakan pilihan yang sesuai, karena aspek yang sedang diukur pada kasus adalah terkait motoric halus.
- C. Bukan merupakan pilihan yang sesuai, karena aspek yang sedang diukur pada kasus adalah terkait motoric halus.
- D. Merupakan pilihan jawaban yang sesuai, karena penilaian perkembangan yang sedang dilakukan pada kasus menilai motorik halus anak.
- E. Bukan merupakan pilihan yang sesuai, karena aspek yang sedang diukur pada kasus adalah terkait motoric halus.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan perkembangan anak serta pemahaman tiap sector perkembangan anak.

Referensi: Hatfield, Nancy, T. (2008). *Broadribbs Introductory Pediatric Nursing. Sevent Edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.*

**21.C. Pola napas tidak efektif b.d kerusakan *ductus billier*.**

Pernapasan cuping hidung, napas 32x/menit, penggunaan alat bantu napas.

- A. Jika infeksi virus ditampakkan hasil laboratorium yang mendukung.
- B. Tidak ada data yang mendukung untuk masalah ini.
- C. Terdapat data yang mendukung masalah ini.
- D. Tidak terdapat data bb, penurunan nafsu makan.
- E. Hanya warna kulit yang mendukung pengangkatan masalah ini.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda gejala anak dengan gangguan ductus biliaris.

Referensi: *Hockenberry Marilyn, David Wilson, Cheryl C. Rodgers, Wong's Essentials of Pediatric Nursing, Elseveir.*

**22.B. Sopor**

Mendengkur, reflek kurang, bereaksi saat Tindakan.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. Tidak dapat dibangunkan dengan rangsangan kuat dan verbal.
- B. Dibangunkan dengan rangsangan kuat seperti ditusuk.
- C. Acuh terhadap lingkungan, disentuh langsung membuka mata.
- D. Disentuh langsung membuka kemudian tertidur kembali.
- E. Kesadaran penuh.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tingkat kesadaran.

Referensi: *Hockenberry Marilyn, David Wilson, Cheryl C. Rodgers, Wong's Essentials of Pediatric Nursing; Elseveir.*

#### **23.E. Berikan cairan parenteral sesuai program.**

Muntah, lemas, bibir kering, turgor kurang elastis, akral dingin.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. Dilakukan jika masih di hari pertama dengan hasil laboratorium normal.
- B. Anak baru masuk, masih bisa dilakukan di rencana selanjutnya.
- C. Dilakukan pada tahap awal pengkajian.
- D. Bisa dilakukan jika sudah ada penegakan diagnosa.
- E. Sudah ditemukan tanda-tanda dehidrasi dan mengarah ke demam berdarah.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang rencana tindakan dengan gangguan cairan elektrolit.

Referensi: Buku Ajar Keperawatan Anak, Jakarta, Insan Cendekia Mandiri.

#### **24.D. Gangguan perfusi jaringan b.d penurunan kadar oksigen dalam darah.**

Menyusui sering henti napas, Mur-mur, pembesaran jantung

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. Bayi tidak menunjukkan tanda-tanda nyeri.
- B. Tidak terdapat data luka operasi pada kasus tersebut.
- C. Data tidak menunjukkan mengarah ke jawaban ini.
- D. Belum terdapat hasil laboratorium yang dapat mengangkat diagnose ini.
- E. Kata kunci menunjukkan untuk jawaban ini.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda-tanda kelainan jantung pada bayi.

Referensi: Buku Ajar Keperawatan Anak, Jakarta, Insan Cendekia Mandiri.

**25.E. Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak.**

Mengalihkan perhatian.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. Menceritakan lingkungan.
- B. Tidak terdapat data tentang ini di kasus.
- C. Menggunakan penjaga samping tempat tidur atau pemberian obat.
- D. Tidak terdapat data yang mendukung.
- E. Berhubungan dengan atraumatic care pada anak.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang atraumatic care.

Referensi: Buku Ajar Keperawatan Anak, Jakarta, Insan Cendekia Mandiri.

**26.D. Monitor intake dan output cairan.**

Mukosa bibir kering, cubitan kulit perut kembali lambat, mata cekung.

- A. Tindakan untuk masalah deficit nutrisi jadi tiak sesuai dengan masalah utama.
- B. Tindakan untuk masalah deficit nutrisi jadi tiak sesuai dengan masalah utama.
- C. Merupakan tindakan untuk mengatasi stress hospitalisasi.
- D. Dilihat dari data yang ada masalah utama kasus tersebut adalah hipovolemia, karena data yang ada sangat mendukung masalah tersebut seperti mata cekung, tugor, keadaan umum lemah, dll. Tindakan yang ada di pilihan jawaban yang paling tepat adalah monitor intake dan output.
- E. Tindakan kolaborasi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis keperawatan pada kebutuhan cairan.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. DPP PPNI.

**27.B. Pola napas tidak efektif.**

- Respirasi 50x/menit, fase ekspirasi memanjang, terdapat retraksi dinding dada.
- A. Risiko aspirasi (tidak cukup faktor risiko yg mendukung).
  - B. Masalah keperawatan utama dari kasus adalah pola napas tidak efektif, karena ada data sesak, frekewensi napas di atas normal (takipnea), fase ekspirasi memanjang, ada tarikan dinding dada, yg semua itu adalah data mayor untuk menegakkan masalah pola napas tidak efektif.
  - C. Gangguan pertukaran gas (kurang dari 80 data mayor).
  - D. Risiko defisit volume cairan (masalah masih risiko, tidak cukup data pendukung).
  - E. Bersihan jalan napas tidak efektif (ada data batuk mudah keluar, yg merupakan salah satu data mayor yg menunjukkan bersihan jalan napas efektif).

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis keperawatan pada kebutuhan oksigenasi.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. DPP PPNI.

## 28.B. Turgor kulit membaik

Susah diberi minum, suhu 37,2°C, mukosa bibir kering, cubitan kulit perut kembali lambat.

- A. Bukan jawaban yang benar, karena Tanda dehidrasi memburuk, padahal interensi telah dilakukan.
- B. Masalah Keperawatan Utama Pada Kasus Tersebut Adalah hypovolemia dan implementasi yang dilakukan adalah Manajemen hypovolemia, kriteria evaluasi untuk status cairan membaik pada kasus tersebut adalah turgor kulit membaik.
- C. Asupan nutrisi meningkat, kriteria evaluasi untuk status nutrisi membaik.
- D. Konsistensi feses membaik, merupakan kriteria hasil untuk status eleminasi.
- E. Kebutuhan cairan meningkat bukan kriteria evaluasi untuk status cairan membaik.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Luaran keperawatan pada kebutuhan cairan dan elektrolit.

Referensi: Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. DPP PPNI.

**29.C. Berikan kompres hangat.**

Suhu 38,7°C, mukosa bibir kering.

- A. Untuk masalah intoleransi aktivitas.
- B. Anak justru harus diberikan cukup minum.
- C. Berdasarkan data yang ditemukan pada kasus, masalah keperawatan yang ada adalah hipertermia dan deficit nutrisi. Yang ditanyakan adalah intervensi untuk masalah keperawatan prioritas, maka masalah keperawatan yang harus mendapat prioritas dan ditangani tersebut dahulu adalah hipertemia, sehingga jawaban yang paling tepat adalah berikan kompres hangat.
- D. Untuk masalah deficit nutrisi.
- E. Untuk masalah deficit nutrisi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penentuan masalah prioritas dan SIKI.

Referensi: Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2019). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (*2nd ed.*). DPP PPNI.

**30.B. 21 bulan**

KPSP, Tanggal lahir anak, tanggal pemeriksaan.

KPSP adalah Kuisioner Pra Skrining Perkembangan yang merupakan salah satu instrumen untuk mengukur perkembangan anak. Jadwal skrining atau pemeriksaan KPSP rutin adalah pada umur 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66, dan 72 bulan. Jika anak belum mencapai umur skrining tersebut, minta ibu datang kembali pada umur skrining yang terdekat untuk pemeriksaan rutin. Apabila orang tua datang dengan keluhan anaknya mempunyai masalah tumbuh kembang, sedangkan umur anak bukan umur skrining maka pemeriksaan menggunakan KPSP untuk umur skrining terdekat yang lebih muda. Tindakan pertama yg harus kita lakukan adalah menentukan umur anak dengan mengurangi tanggal, bulan dan tahun pemeriksaan, dengan tanggal, bulan dan tahun kelahiran anak. Hasilnya kita akan dapatkan umur anak, dan bisa memilih formulir KPSP yang sesuai.

Umur kronologis anak:

27 – 11 - 2023

22 – 12 – 2021

5 – 11 – 1

Usia anak = 1 tahun 11 bulan 5 hari = 23 bulan.

Formulir yang dipakai adalah formulir usia 21 bulan, karena tidak ada formulir usia 23 bulan.

Jawaban C tidak tepat karena tidak ada formulir umur 23 tahun.

Jawaban A, D dan E tidak sesuai dengan perhitungan data.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur pemeriksaan perkembangan dengan KPSP.

Referensi: Kementerian Kesehatan RI, (2022), Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak, Jakarta.



**SOAL**  
**KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

1. Laki-laki, 45 tahun, datang ke UGD dengan keluhan nyeri dada. Hasil pengkajian: Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri menjalar ke bahu dan lengan kiri, nyeri dirasakan sejak 30 menit yang lalu. Hasil pemeriksaan: TD 170/100 mmHg, frekuensi nadi 120 x/menit, frekuensi napas 24 x/menit, suhu 38,8°C, pasien sesak napas dan bekeringat dingin. Apa tindakan keperawatan awal yang tepat pada kasus tersebut ?
  - A. Kompresi dada
  - B. Kompres hangat
  - C. Melakukan defibrilasi
  - D. Memasang jalur intravena
  - E. Memberikan oksigen 2 liter/menit
2. Perempuan, 37 tahun, dibawa ke UGD akibat kecelakaan. Hasil pengkajian: pasien berespon terhadap nyeri, tampak *dyspnea*, pengembangan dada tidak simetris, terdengar sucking sounds saat inspirasi, terdapat luka terbuka di dada kanan. Hasil pemeriksaan: TD 90/70mmHg, nadi 110x/menit, napas 34x/menit; GCS 12. Apa tindakan yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
  - A. CTT
  - B. Kasa 3 sisi
  - C. Thoracotomy
  - D. Perikardiosintesis
  - E. Needle thorakosintesis
3. Laki-laki, 45 tahun, dibawa ke UGD akibat kecelakaan lalu lintas. Hasil pengkajian: keluarga mengatakan pasien sempat muntah menyembur. Hasil pemeriksaan: pupil anisokor, deformitas tulang kepala, hematom periorbita, TD 162/95mmHg, nadi 58x/menit, napas 30x/menit, GCS 12, fraktur tertutup pada tibia fibula. Apa masalah prioritas yang tepat pada kasus tersebut?
  - A. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
  - B. Risiko penurunan perfusi cerebral
  - C. Gangguan mobilitas fisik
  - D. Pola napas tidak efektif
  - E. Nyeri akut
4. Perempuan, 51 tahun, dibawa ke UGD dengan sesak napas. Hasil pengkajian: pasien mengatakan keluhan bertambah saat melakukan aktifitas, badan lemah, mual, terkadang nyeri di dada. Hasil pemeriksaan: TD 95/70mmHg, nadi 64x/menit, napas 27x/menit; terdapat pitting edema pada ekstremitas bawah,

- irama jantung irregular dan terdengar gallop. Saat ini pasien terpasang binasal kanul 5 liter/menit. Apa tindakan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Bantu aktivitas sehari-hari
  - B. Atur posisi tidur semi fowler
  - C. Ciptakan suasana yang tenang
  - D. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
  - E. Motivasi untuk makan sedikit tapi sering
5. Laki-laki, 41 tahun, dibawa ke UGD akibat sesak napas. Hasil pengkajian: keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat TBC gagal pengobatan 3 kali. Keluhan disertai tidak nafsu makan dan penurunan BB. Hasil pemeriksaan: TD 90/68 mmHg, nadi 100x/menit, napas 34x/menit; ronchi kedua lapang paru, tampak lemah dan pucat; pH darah 7.30, pCO<sub>2</sub> 52 mmHg, HCO<sub>3</sub> 22. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Defisit nutrisi
  - B. Intoleransi aktivitas
  - C. Pola napas tidak efektif
  - D. Gangguan pertukaran gas
  - E. Bersihan jalan napas tidak efektif
6. Laki-laki, 35 tahun, dibawa ke IGD dengan kecelakaan lalu lintas. Hasil pengkajian: pasien mengalami henti napas dan henti jantung. Perawat melakukan resusitasi jantung selama 2 menit, selanjutnya perawat mengevaluasi keadaan pasien, terdapat denyut nadi tetapi tidak ada napas. Apa tindakan selanjutnya pada kasus diatas?
- A. Berikan napas 10 kali/menit
  - B. Menghentikan resusitasi
  - C. Posisi miring mantap
  - D. Pasang infuse
  - E. Lakukan RJP
7. Perempuan, 39 tahun datang ke IGD dengan kecelakaan lalu lintas. Hasil pengkajian: terdapat jejas pada pelipis kiri, fraktur mandibularis terdengar suara snoring, napas tidak teratur, GCS 10 (E2M5V3). Apa tindakan untuk mempertahankan pernapasan berdasarkan kasus diatas?
- A. Oksigen
  - B. Intubasi
  - C. Pasang NPA

- D. Pasang OPA  
E. Pemasangan *needle cricotiroidotomi*
8. Laki-laki, 37 tahun jatuh dari pohon dengan ketinggian 100m. Perawat ambulance melakukan pengkajian: pasien mengeluh nyeri pada lengan kirinya (skala nyeri 7), jejas pada klavikula dan pelipis, fraktur terbuka humerus sinitra disertai pendarahan, akral dingin, CRT > 3detik, TD 90/70mmHg, napas 27x/menit. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Nyeri  
B. Gangguan mobilitas fisik  
C. Ketidakefektifan pola napas  
D. Perfusi perifer tidak efektif  
E. Resiko ketidakefektifan perfusi cerebral
9. Laki-laki, 51 tahun, ditemukan tidak sadarkan diri dirumahnya. Tim ambulance datang dan melakukan pengkajian: pasien mengalami serangan jantung dan petugas memasang AED, didapatkan monitor AED hasilnya berupa irama *unshockable*. Apa urutan tindakan selanjutnya yang harus dilakukan oleh petugas ambulance tersebut?
- A. Pasang infuse  
B. Berikan 1 shock  
C. Beri napas setiap 3 detik  
D. Cek nadi < 10 menit  
E. Lakukan RJP selama 2 menit
10. Laki-laki, 25 tahun, dibawa ke UGD karena mengalami kecelakaan lalu lintas. Hasil pengkajian : terdengar bunyi napas gargling, ada darah keluar dari mulut, napas 30x/menit, SpO<sub>2</sub> 92%, tingkat kesadaran somnolen. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. risiko aspirasi  
B. pola napas tidak efektif  
C. gangguan pertukaran gas  
D. penurunan curah jantung  
E. bersihan jalan napas tidak efektif
11. Anak laki-laki, 7 tahun, makan bakso sambil berbicara dan tiba-tiba mengalami tersedak sehingga kesulitan untuk bernapas dan berbicara. Seorang perawat yang bersertifikat BTCLS dan bekerja di ruang UGD menyaksikan kejadian

tersebut dan segera memberikan bantuan pertolongan pertama pada anak tersebut. Apa tindakan paling utama dilakukan perawat pada kasus tersebut?

- A. CPR
  - B. *back blows*
  - C. *cross finger*
  - D. *chest thrust*
  - E. *abdominal thrust*
12. Seorang laki-laki, 50 tahun, dirawat di ruang perawatan paru dengan diagnosa medis PPOK. Hasil pengkajian : Pasien tampak sesak, bunyi napas whezing, TD : 110/70 mmHg, frekuensi napas 32x/menit, frekuensi nadi : 76x/menit, suhu : 37°C dan SpO<sub>2</sub> 95%. Apa tindakan pemberian oksigen yang tepat diberikan kepada pasien tersebut?
- A. *canule nassal*
  - B. *simple mask*
  - C. *rebreathing mask*
  - D. *non rebreathing mask*
  - E. ventilasi *bag valk mask*
13. Perempuan, 45 tahun, tiba-tiba jatuh tergelata di lantai saat menunggu jadwal penerbangan di bandara. Orang yang melihat kejadian tersebut berteriak meminta tolong, akhirnya datang petugas kesehatan memberikan pertolongan. Hasil pengkajian: Pasien tidak berespon saat dipanggil namanya, nadi karotis tidak teraba dan henti napas. Apa tindakan yang tepat diberikan pada kasus tersebut?
- A. dilakukan CPR
  - B. posisi *recovery*
  - C. pemasangan AED
  - D. ventilasi *bag valk mask*
  - E. diberikan pernapasan 18-20x/menit
14. Perempuan, 28 tahun, dirawat di IGD dengan kasus jatuh dari motor, kepala terbentur trotoar. Hasil pengkajian: Luka memar di atas clavikula, GCS 6, pernapasan 32x/menit dan saturasi oksigen 93%. Apa tindakan keperawatan pertama yang tepat dilakukan untuk mempertahankan kepatenan jalan napas pasien tersebut?
- A. *chin lift*
  - B. *head tilt*

- C. *jaw thrust*  
D. *cross finger*  
E. *abdominal thrust*
15. laki – laki, 82 tahun dirawat di ICU dengan diagnosis CHF gr II-III. Hasil pengkajian: kesadaran somnolen, GCS E2V2M4, terpasang ventilator dengan mode PS 6, PEEP 6, FiO<sub>2</sub> 50%. Hasil pemeriksaan AGD: pH 7,30, pCO<sub>2</sub> 27,4, HCO<sub>3</sub> 19,7, BE -4,3. Apa interpretasi AGD pada kasus tersebut?
- A. Alkalosis Respiratori terkompensasi sebagian  
B. Alkalosis Metabolik terkompensasi sebagian  
C. Asidosis Metabolik terkompensasi sebagian  
D. Asidosis Respiratori terkompensasi penuh  
E. Asidosis Metabolik terkompensasi penuh
16. Perempuan, 36 tahun, dirawat di ICU diintubasi dengan asma berat. Hasil pengkajian: terpasang ventilator dengan setting: SIMV rate 14, volume tidal 650 ml, FiO<sub>2</sub> 74%, BB 72 kg. Hasil pemeriksaan AGD: pH 7,18; PaCO<sub>2</sub> 55 mmHg, PaO<sub>2</sub> 88 mmHg, HCO<sub>3</sub> 22 mEq/L. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Menaikkan volume tidal sampai dengan 700 ml  
B. Menaikkan RR (SIMV rate) s.d 18 x/mnt  
C. Memberikan Natrium bikarbonat  
D. Menurunkan FiO<sub>2</sub> sampai 50%  
E. Mengatur I:E rasio
17. Perempuan, 55 tahun, dirawat di ICU dengan diagnosa sepsis. Hasil pengkajian: CM, afebris; TD 110/70mmHg, nadi 115x/menit, napas 26 x/menit. Hasil pemeriksaan AGD: pH 7,21, pCO<sub>2</sub> 24, pO<sub>2</sub> 45, HCO<sub>3</sub> 10, BE 6,3, SaO<sub>2</sub> 90%. Apa gangguan keseimbangan asam basa pada kasus tersebut?
- A. Alkalosis Respiratorik terkompensasi sebagian.  
B. Alkalosis Metabolik terkompensasi Sebagian.  
C. Asidosis Metabolik terkompensasi sebagian.  
D. Asidosis Respiratori terkompensasi penuh.  
E. Asidosis Metabolik terkompensasi penuh.
18. Laki-laki, 30 tahun, diantar keluarga ke IGD karena luka bakar. Hasil pengkajian: luka bakar di area kepala, lengan kanan, dada dan perut, BB 50 kg; TD 130/90mmHg, nadi 130 x/menit, napas 28 x/menit. Keluarga menjelaskan

penyebab luka bakar karena tersengat listrik sewaktu bekerja. Berapa luas luka bakar yang dialami pasien kasus tersebut?

- A. 22,5 %
- B. 31,5%
- C. 45 %
- D. 36 %
- E. 27 %

19. Perempuan, 30 tahun, diantar keluarga ke IGD karena luka bakar. Hasil pengkajian: luka bakar di muka, kulit gosong, terlihat bula sebagian lengan atas kanan dan kiri, terdapat penggunaan otot bantu napas, suara napas stridor; nadi 105x/menit, napas 35x/menit. Keluarga mengatakan luka bakar akibat ledakan tabung gas LPG. Apa tindakan keperawatan prioritas pada pasien tersebut?

- A. pasang nasopharingeal airway
- B. pasang oro pharingeal airway
- C. intubasi endotracheal tube
- D. Lakukan log roll position
- E. lakukan suction

20. Laki-laki, 20 tahun, diantar temannya ke IGD. Pasien mengeluh nyeri pada area luka. Pasien menanyakan apa ada cidera organ dalam. Pemeriksaan fisik menunjukkan: TD 150/90mmHg, kesadaran somnolen, tonus dan kekutan otot ekstremitas atas dan bawah kiri 1. Apa tindakan monitor yang paling tepat kasus tersebut?

- A. Peningkatan tekanan intrakarnial
- B. Perdarahan dalam
- C. Tingkat kesadaran
- D. Tanda-tanda vital
- E. Adanya fraktur

21. Perempuan, 48 tahun, dibawa ke UGD dengan keluhan nyeri dada. Hasil pengkajian: nyeri seperti ditusuk, ditekan dan berpindah, pasien mempunyai riwayat MCI., TD 80/60mmHg, nadi 99x/menit, napas 28x/menit tidak teratur, suhu 38.0°C. Apa tindakan utama yang tepat pada kasus tersebut?

- A. memasang infus
- B. mengecek CKMB
- C. memberikan antinyeri

- D. memberikan terapi oksigen  
E. melakukan perekaman EKG
22. Perempuan, 33 tahun, datang ke UGD karena muntah-muntah. Hasil pengkajian: pasien mencoba bunuh diri dengan meminum racun tikus, somnolen, pucat, mulut berbusa, TD 100/70mmHg, nadi 95x/menit, napas 25x/menit. Apa tindakan utama yang tepat pada kasus tersebut?
- A. memasang infus  
B. melakukan bilas lambung  
C. memberikan larutan norit  
D. memberikan banyak minum  
E. menganjurkan minum air hangat
23. Perempuan, 45 tahun, dibawa ke IGD karena penurunan kesadaran. Hasil pengkajian: TD 90/60mmHg, nadi 93x/menit, napas 28x/menit tidak teratur, keringat seluruh tubuh, akral dingin, gula darah 70mg/dL. Terpasang oksigen masker 6 liter/menit, infus NaCl 0,9% 21 tetes/menit. Dokter menginstruksikan untuk diberikan cairan dextrose 10% IV. Apa indikator utama evaluasi pada kasus tersebut?
- A. turgor kulit  
B. tekanan darah  
C. frekuensi nadi  
D. tingkat kesadaran  
E. perabaan extremitas
24. Perempuan, 55 tahun, datang ke UGD RS dengan keluhan pusing. Hasil pengkajian: mata berkunang-kunang, tangan kiri tidak dapat digerakkan, kesulitan bicara, TD 170/100mmHg, nadi 93x/menit, napas 28x/menit. Tiba-tiba pasien tidak sadarkan diri, perawat memastikan tidak terjadi sumbatan jalan napas. Apa tindakan selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Pemasangan *Oropharyngeal Airway*.  
B. Pasang *Naso Tracheal Tube*.  
C. Lakukan *head-tilt chin-lift*.  
D. Posisikan kepala ekstensi.  
E. Lakukan *jaw-trust*.

25. Laki-laki, 38 tahun, dibawa ke UGD akibat kecelakaan. Hasil pengkajian: mengalami cedera kepala sedang, TD 90/70mmHg, nadi 86x/menit, napas 26x/menit, di dalam mulut banyak muntahan. Apa tindakan utama yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Lakukan *suction*.
  - B. Miringkan kepala.
  - C. Kaji kemampuan bernapas.
  - D. Pasang *Oropharyngeal Airway*.
  - E. Miringkan pasien dengan teknik *log roll*.
26. Laki-laki, 34 tahun, diantar orang tidak dikenal ke IGD karena kecelakaan. Hasil pengkajian: terdapat jejas di bagian leher, terdapat darah di sekitar mulut pasien, defans muskular (+), CRT 4 detik, pucat, akral dingin, TD 80/60mmHg, nadi 125x/menit, napas 24x/menit, suhu 37°C. Apa teknik pembebasan jalan napas yang tepat pada kasus tersebut?
- A. *Suction*
  - B. *Head-Tilt*
  - C. Pemasangan NPA
  - D. Pemasangan OPA
  - E. Pemasangan *Needle Krikotirodotomi*
27. Perempuan, 35 tahun, diantar ke UGD dengan keluhan nyeri hebat pada dada tembus ke belakang. Hasil pemeriksaan: pasien tidak sadar, nadi tidak teraba. RJP langsung diinisiasi oleh tim resusitasi, gambaran pada monitor setelah di periksa menunjukkan *Pulseless Electrical Activity*(PEA). Apa tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?
- A. Memberikan injeksi IV *Epinephrine* 1 mg
  - B. Melanjutkan RJP sampai 5 siklus
  - C. Melakukan *flat line protocol*
  - D. Memeriksa nadi karotis
  - E. Melakukan DC shock
28. Laki-laki, 18 tahun, korban kecelakaan lalu lintas datang ke UGD dengan keluhan lemas. Hasil pengkajian: TD 90/60mmHg, nadi 125x/menit teraba lemah, napas 35x/menit, akral dingin, mengeluh pusing, tampak luka di paha kanan, terjadi perdarahan. Berapa kelas Syok pada kasus tersebut?
- A. Non Syok
  - B. Kelas 1

- C. Kelas 2  
D. Kelas 3  
E. Kelas 4
29. Laki-laki, 50 tahun, post kecelakaan lalu lintas diantar ke UGD oleh polisi dalam keadaan tidak sadarkan diri. Hasil pengkajian: GCS 5, reflek pupil positif. Setelah 30 menit dirawat, pasien mengalami henti jantung, seorang perawat melakukan resusitasi jantung paru. Saat dilakukan RJP terdengar bunyi krek dari dada pasien. Apa prinsip etik yang dilanggar oleh perawat pada tersebut?
- A. *Justice*  
B. *Fidelity*  
C. *Autonomy*  
D. *Confidentiality*  
E. *Nonmaleficience*
30. Laki-laki, 30 tahun, korban kecelakaan lalu lintas, dibawa ke IGD dengan keluhan nyeri dada dan sesak. Hasil pengkajian: terdapat jejas di dada sebelah kiri, trakhea bergeser ke arah kanan, pengembangan paru asimetris, anvesikuler dada kiri, perkusi hipersonor pada dada kiri, TD 100/80mmHg, nadi 120x/menit, napas 32x/menit. Apa tindakan utama perawat pada kasus tersebut?
- A. Pemasangan chest tube  
B. Kolaborasi pemberian Analgetik  
C. Pemasangan kasa oklusif tiga sisi  
D. Pemasangan *needle thorakosintesis*  
E. Kolaborasi tindakan *needle perikardiosintesis*

**PEMBAHASAN SOAL  
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

**1. E. Memberikan oksigen 2 liter/menit.**

Nyeri dada yang semakin berat, sesak napas, dan berkeringat dingin.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

**A. Kompresi dada**

Pilihan jawaban ini tidak tepat karena kompresi dada merupakan tindakan resusitasi jantung paru (RJP) yang dilakukan pada pasien dengan henti jantung. Pada kasus ini, pasien masih sadar dan memiliki tanda-tanda vital, sehingga kompresi dada tidak diperlukan.

**B. Melakukan defibrilasi**

Pilihan jawaban ini tidak tepat karena defibrilasi merupakan tindakan untuk mengembalikan denyut jantung yang tidak teratur. Pada kasus ini, pasien masih memiliki denyut jantung, tetapi nyeri dadanya semakin berat. Oleh karena itu, defibrilasi tidak diperlukan.

**C. Melaksanakan nebulizer**

Pilihan jawaban ini tidak tepat karena nebulizer merupakan tindakan untuk memberikan obat-obatan melalui saluran pernapasan. Pada kasus ini, pasien mengalami sesak napas, tetapi tidak ada tanda-tanda obstruksi jalan napas. Oleh karena itu, nebulizer tidak diperlukan.

**D. Memasang jalur intravena**

Pilihan jawaban ini tidak tepat karena pemasangan jalur intravena merupakan tindakan yang membutuhkan waktu dan persiapan. Pada kasus ini, tindakan yang lebih prioritas adalah memberikan oksigen untuk meningkatkan oksigenasi jaringan dan mengurangi stres pada jantung.

**E. Memberikan oksigen 2 liter/menit**

Pilihan jawaban ini tepat karena pasien mengalami nyeri dada yang semakin berat, sesak napas, dan berkeringat dingin. Nyeri dada yang semakin berat dan sesak napas merupakan tanda dan gejala infark miokard. Pemberian oksigen 2 liter/menit dapat membantu meningkatkan oksigenasi jaringan dan mengurangi stres pada jantung.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang infark miokard.

Referensi: Anderson, E., & Hender, E. P. (2023). Penerapan Terapi Oksigen Pada Tingkat Kesadaran Pasien Di Ruang Gawat Darurat. Klabat Journal of Nursing, 5(2), 72-77.

Nursalam, dkk. (2023). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta : Salemba Medika

- Purwanto. (2010). Asuhan Keperawatan Kardiovaskuler. Jakarta : Salemba Medika
- Praptiani, W. (2016). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Kardiovaskuler Aplikasi NIC & NOC. Jakarta : EGC
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2022). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2022). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2022). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 3. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia

## 2. A. CTT

Dyspnea, pengembangan dada tidak simetris, luka terbuka di dada kanan.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

A. CTT (*Chest Tube Thoracostomy*)

CTT merupakan tindakan memasukkan selang ke dalam rongga pleura untuk mengeluarkan udara atau cairan. Tindakan ini dilakukan untuk mengatasi pneumotoraks terbuka, pneumotoraks tertutup, dan efusi pleura. Pada kasus ini, pasien mengalami dyspnea, pengembangan dada tidak simetris, dan terdengar sucking sounds saat inspirasi. Hal ini menunjukkan adanya pneumotoraks terbuka. Oleh karena itu, tindakan yang tepat adalah CTT.

B. Kasa 3 sisi

Kasa 3 sisi adalah tindakan menutup luka terbuka dengan kasa steril yang dilapisi perban. Tindakan ini dilakukan untuk mencegah infeksi. Namun, pada kasus ini, pasien mengalami pneumotoraks terbuka. Oleh karena itu, tindakan kasa 3 sisi tidak cukup untuk mengatasi masalah tersebut.

C. Thoracotomy

Merupakan tindakan membuka rongga dada untuk memperbaiki kerusakan organ dalam dada. Tindakan ini dilakukan untuk mengatasi pneumotoraks tertutup yang tidak dapat diatasi dengan CTT, hemotoraks, dan tamponade jantung. Pada kasus ini, pasien mengalami pneumotoraks terbuka. Oleh karena itu, tindakan thoracotomy tidak perlu dilakukan.

D. Perikardiosintesis

Merupakan tindakan memasukkan jarum ke dalam rongga pericardium untuk mengeluarkan cairan pericardial. Tindakan ini dilakukan untuk mengatasi tamponade jantung. Pada kasus ini, pasien tidak mengalami

tamponade jantung. Oleh karena itu, tindakan pericardiosintesis tidak perlu dilakukan.

E. *Needle thorakosintesis*

Merupakan tindakan memasukkan jarum ke dalam rongga pleura untuk mengeluarkan udara atau cairan. Tindakan ini dilakukan untuk mengatasi pneumotoraks tertutup yang tidak dapat diatasi dengan CTT. Pada kasus ini, pasien mengalami pneumotoraks terbuka. Oleh karena itu, tindakan needle thorakosintesis tidak perlu dilakukan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pneumotoraks.

Referensi: Aljehani, Y., AlReshaid, F., Al-Abduljabbar, A., AlHarmi, R. A. R., Alkhaldi, N., Almusailhi, B & Elbawab, H. (2023). Thoracic Surgeons' Perspective on the Management of Primary Spontaneous Pneumothorax. *Thoracic Research and Practice*, 24(2), 96.

Eamer, G., Povolo, C. A., Petropoulos, J. A., Ohinmaa, A., & Vanhouwelingen, L. (2023). Observation, aspiration, or tube-thoracostomy for primary spontaneous pneumothorax: A systematic review, meta-analysis and cost-utility analysis. *Chest*.

### 3. A. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

Muntah, deformitas tulang kepala, hematoma periorbita.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

A. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial adalah masalah yang terjadi ketika tekanan intrakranial (TIK) meningkat. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan otak. Pada kasus ini, pasien mengalami deformitas tulang kepala, hematom periorbita, dan penurunan kesadaran. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan TIK. Oleh karena itu, masalah prioritas yang tepat adalah Penurunan kapasitas adaptif intrakranial.

B. Risiko penurunan perfusi cerebral

Risiko penurunan perfusi cerebral adalah masalah yang terjadi ketika aliran darah ke otak menurun. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan otak. Pada kasus ini, pasien mengalami penurunan kesadaran. Hal ini dapat menyebabkan penurunan perfusi cerebral. Oleh karena itu, masalah prioritas yang tepat juga dapat berupa Risiko penurunan perfusi cerebral.

C. Gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah masalah yang terjadi ketika kemampuan seseorang untuk bergerak dan melakukan aktivitas fisik terganggu. Pada kasus ini, pasien mengalami fraktur tertutup pada tibia fibula. Hal ini dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik. Namun, masalah ini bukan masalah prioritas karena tidak mengancam nyawa pasien.

D. Pola napas tidak efektif

Pola napas tidak efektif adalah masalah yang terjadi ketika pernapasan tidak efisien atau tidak adekuat. Pada kasus ini, pasien mengalami penurunan kesadaran. Hal ini dapat menyebabkan pola napas tidak efektif. Namun, masalah ini bukan masalah prioritas karena tidak mengancam nyawa pasien.

E. Nyeri akut

Nyeri akut adalah masalah yang terjadi ketika seseorang merasakan nyeri yang tiba-tiba dan intens. Pada kasus ini, pasien mengalami nyeri kepala. Namun, masalah ini bukan masalah prioritas karena tidak mengancam nyawa pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tekanan intra kranial.

Referensi: Andrian, A., & Wahyuni, H. P. (2023). Perdarahan Intrakranial. Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kedokteran (JURRIKE), 2(1), 150-165.

Nakmofa, A. L., & Ambarika, R. (2023). Kajian Literature Faktor Yang Mempengaruhi Kemampuan Perawat IGD Dalam Penanganan Pasien Cedera Kepala. Journal of Health Science Community, 3(3), 118-125.

Nani Poniati, N. (2023). Asuhan Keperawatan pada Pasien Cedera Kepala Ringan (CKR): Nyeri Akut dengan Intervensi Guide Imagery Relaxation (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2022). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2022). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2022). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Kesieme, E. B., Dongo, A., Ezemba, N., Irekpita, E., Jebbin, N., & Kesieme, C. (2012). Tube thoracostomy: complications and its management. Pulmonary medicine, 2012.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2022). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2022). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2022). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia

#### 4. B. Atur posisi tidur semi fowler

Sesak napas, pitting edema pada ekstremitas bawah, gallop.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut:

- A. Bantu aktivitas sehari-hari.

Bantu aktivitas sehari-hari adalah tindakan yang tepat untuk pasien dengan gangguan mobilitas fisik. Pada kasus ini, pasien tidak mengalami gangguan mobilitas fisik. Oleh karena itu, tindakan ini tidak tepat.

- B. Atur posisi tidur semi fowler.

Atur posisi tidur semi fowler adalah tindakan yang tepat untuk pasien dengan sesak napas. Posisi semi fowler dapat membantu memperbaiki ventilasi dan oksigenasi paru-paru. Pada kasus ini, pasien sudah terpasang binasal kanul 5 liter per menit, yang dapat membantu meningkatkan ventilasi dan oksigenasi paru-paru. Oleh karena itu, tindakan ini tidak perlu dilakukan.

- C. Ciptakan suasana yang tenang.

Ciptakan suasana yang tenang adalah tindakan yang tepat untuk pasien dengan nyeri, cemas, atau stres. Pada kasus ini, pasien tidak mengeluhkan nyeri, cemas, atau stres. Oleh karena itu, tindakan ini tidak tepat.

- D. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam.

Ajarkan teknik relaksasi napas dalam adalah tindakan yang tepat untuk pasien dengan sesak napas. Teknik relaksasi napas dalam dapat membantu mengurangi sesak napas. Pada kasus ini, pasien mengalami sesak napas. Oleh karena itu, tindakan ini tepat.

- E. Motivasi untuk makan sedikit tapi sering.

Motivasi untuk makan sedikit tapi sering adalah tindakan yang tepat untuk pasien dengan gangguan nutrisi. Pada kasus ini, pasien tidak mengalami gangguan nutrisi. Oleh karena itu, tindakan ini tidak tepat.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang teknik relaksasi napas dalam.

Referensi: Ramli, R., Ismansyah, I., & Andrianur, F. (2023). Pengaruh Teknik Clapping Dan Relaksasi Napas Dalam Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien

Ppok Di IGD RSUD Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Tanjung Selor. Aspiration of Health Journal, 1(2), 212-220.

Satriani, S., Amir, H., Nurwahidah, N., Rochfika, R., Sudarman, S., & Duhaling, M. (2023). Manajemen Relaksasi Napas Dalam untuk Mengurangi Sesak Napas pada Pasien Congestive Heart Failure: Studi Kasus. Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal, 13(4), 1371-1376.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2022). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2022). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2022). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia

## 5. D. Gangguan pertukaran gas.

Sesak napas, ronchi kedua lapang paru, pH darah 7.30, pCO<sub>2</sub>: 52.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

### A. Defisit nutrisi

Defisit nutrisi adalah masalah keperawatan yang terjadi ketika seseorang tidak mendapatkan cukup nutrisi yang dibutuhkan untuk tubuh. Pada kasus ini, pasien memiliki riwayat TBC gagal pengobatan 3 kali. TBC adalah penyakit yang dapat menyebabkan penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan. Oleh karena itu, masalah keperawatan Defisit nutrisi adalah masalah keperawatan yang mungkin terjadi pada kasus ini. Namun, masalah ini bukan masalah prioritas karena tidak mengancam nyawa pasien.

### B. Intoleransi aktivitas

Intoleransi aktivitas adalah masalah keperawatan yang terjadi ketika seseorang tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa mengalami kelelahan atau sesak napas. Pada kasus ini, pasien mengalami sesak napas. Sesak napas dapat menyebabkan intoleransi aktivitas. Oleh karena itu, masalah keperawatan Intoleransi aktivitas adalah masalah keperawatan yang mungkin terjadi pada kasus ini. Namun, masalah ini juga bukan masalah prioritas karena tidak mengancam nyawa pasien.

### C. Pola napas tidak efektif

Pola napas tidak efektif adalah masalah keperawatan yang terjadi ketika pernapasan tidak efisien atau tidak adekuat. Pada kasus ini, pasien mengalami sesak napas. Sesak napas dapat menyebabkan pola napas tidak efektif. Oleh karena itu, masalah keperawatan Pola napas tidak efektif adalah

masalah keperawatan yang mungkin terjadi pada kasus ini. Namun, masalah ini juga bukan masalah prioritas karena tidak mengancam nyawa pasien.

D. Gangguan pertukaran gas

Gangguan pertukaran gas adalah masalah keperawatan yang terjadi ketika terjadi ketidakseimbangan antara oksigen dan karbon dioksida di dalam darah. Pada kasus ini, pasien memiliki pH darah: 7.30, pCO<sub>2</sub>:52 mmHg, HCO<sub>3</sub> 22. Data ini menunjukkan bahwa pasien mengalami asidosis respiratorik. Asidosis respiratorik adalah kondisi di mana terjadi peningkatan kadar karbon dioksida di dalam darah. Peningkatan kadar karbon dioksida di dalam darah dapat menyebabkan gangguan pertukaran gas. Oleh karena itu, masalah keperawatan Gangguan pertukaran gas adalah masalah keperawatan yang mungkin terjadi pada kasus ini. Masalah ini juga adalah masalah prioritas karena dapat mengancam nyawa pasien.

E. Bersihan jalan napas tidak efektif

Bersihan jalan napas tidak efektif adalah masalah keperawatan yang terjadi ketika ada obstruksi atau gangguan aliran udara di jalan napas. Pada kasus ini, pasien memiliki ronchi kedua lapang paru. Ronchi adalah suara napas tambahan yang terdengar saat bernapas. Ronchi dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti penumpukan mukus di saluran pernapasan, edema paru, dan pneumonia. Penumpukan mukus di saluran pernapasan dapat menyebabkan obstruksi atau gangguan aliran udara di jalan napas. Oleh karena itu, masalah keperawatan Bersihan jalan napas tidak efektif adalah masalah keperawatan yang mungkin terjadi pada kasus ini. Namun, masalah ini juga bukan masalah prioritas karena tidak mengancam nyawa pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang gangguan pertukaran gas.

Referensi: Rusmini, H. (2023). Kajian Pustaka: Gejala Sisa Pada Pasien Tuberkulosis Yang Telah Menyelesaikan Obat Anti Tuberkulosis. *Jurnal Medika Malahayati*, 7(2), 693-700.

Setyaningrum, R. A., & Silvitasari, I. (2023). Penerapan Intervensi Pernapasan Purse Lips Breathing Dan Posisi Semi Fowler Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pasien Tb Paru Di RSUD Wonogiri. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 2(8), 444-454.

Siregar, P. A., Farashati, J. I., Syafira, A. C., & Febrina, D. (2023). Konsep Epidemiologi Terjadinya Penyakit Tuberkulosis. *Zahra: Journal Of Health And Medical Research*, 3(3), 462-470.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2022). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2022). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2022). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia

## 6. A. Berikan napas 10 kali/menit.

Pasien mengalami henti napas dan henti jantung. Perawat sedang melakukan BHD, selanjutnya perawat mengevaluasi keadaan pasien, terdapat denyut nadi tetapi tidak ada napas tahapan BHD selanjutnya adalah;

- A. Berikan napas 10 kali/menit

Kondisi nadi sudah ada tapi napas belum ada, tindakan yang sesuai adalah berikan napas 10 kali/menit. Karena masalah yang belum beratas adalah napas

- B. Menghentikan resusitasi

Kondisi disini adalah sudah ada nadi, hanya napas belum ada. Sehingga melakukan resusitasi kurang tepat

- C. Posisi miring mantap

Posisi miring mantap dilakukan jika kondisi pasien stabil dan menunggu evakuasi. Sedangkan konsisi pasien belum stabil dan pasien sudah di IGD.

- D. Pasang infuse

Tindakan ini kurang tepat karena kondisi pasien masih belum ada napas, atau masih dalam keadaan darurat.

- E. Lakukan RJP

RJP kurang tepat karena kondisi pasien yaitu sudah ada nadi, hanya napas belum ada.

Kata kunci nya adalah langkah-langkah BHD, Tindakan yang dilakukan setelah terdapat denyut nadi tetapi tidak ada napas, yang tepat yaitu memberikan napas 10 kali/menit (rescue breathing).

Referensi: Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana Sheehy, edisi Indonesia Pertama, oleh Kurniati, Trisyani & Theresia. 2018. Elsevier Singapore Pte Ltd.

## 7. C. Pasang NPA

Korban dicurigai mengalami obstruksi pernapasan (terdengar suara snoring), sehingga diperlukan tindakan segera untuk mempertahankan pernapasan.

A. Oksigen

Pemberian oksigen kurang tepat karena masalah jalan napasnya belum teratasi

B. Intubasi

Jawaban ini kurang tepat karena kondisi pasien masih sadar

C. Pasang NPA

Jawaban yang lebih tepat adalah pemasangan NPA, karena OPA tidak bisa dilakukan dan tidak terdapat tanda-tanda fraktur basiss kranii, serta pasien sadar

D. Pasang OPA

Jawaban yang kurang tepat karena terdapat fraktur di mandibula yang dimana kondisi ini merupakan kontraindikasi pemasangan OPA

E. Pemasangan needle krikotiroidotomi

Jawaban ini kurang tepat karena kondisi pasien masih sadar

Korban dicurigai mengalami obstruksi pernapasan (terdengar suara snoring) fraktur mandibularis, napas tidak teratur, GCS 10 (E2M5V3). Sehingga NPA adalah tindakan yang lebih tepat untuk mempertahankan pernapasan korban.

Referensi: Diklat yayasan ambulans gawat darurat 118. Basic Trauma Life Support and Basic Cardiac Life Support. Edisi lima. Jakarta : Yayasan ambulans gawat darurat 118; 2012.

## 8. D. Perfusi Perifer Tidak Efektif.

A. Nyeri

Di kasus terdapat data nyeri skala 7 (nyeri berat 7-10), tetapi ini kurang tepat karena masih terdapat masalah lain yang lebih mengancam nyawa.

B. Gangguan mobilitas fisik

Pasien terdapat fraktur terbuka, tetapi ini kurang tepat karena masih terdapat masalah lain yang lebih mengancam nyawa.

C. Ketidakefektifan pola napas.

Dikasus terdapat pola napas 27x/menit belum aktual dan masih terdapat masalah lain yang lebih mengancam nyawa.

D. Perfusi perifer tidak efektif.

Diagnosis perfusi perifer datanya lebih actual yaitu terdapat data seperti, fraktur disertai pendarahan, akral dingin dan CRT > 3 detik, ini merupakan data mayor perfusi perifer tidak efektif.

E. Resiko ketidakefektifan perfusi cerebral.

Pasien dicurigai dengan trauma cervical karena memiliki riwayat jatuh, sehingga beresiko dengan gangguan perfusi cerebral tetapi tidak ada data actual lain yang menunjang seperti hasil pemeriksaan diagnostic atau tanda TIK.

Berdasarkan perfusi perifer datanya actual jika dibandingkan dengan diagnose keperawatan yang lain , yaitu terdapat data seperti, fraktur disertai pendarahan, akral dingin dan CRT > 3 detik, ini merupakan data mayor perfusi perifer tidak efektif.

Referensi: Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana Sheehy, edisi Indonesia Pertama, oleh Kurniati, Trisyani & Theresia. 2018. Elsevier Singapore Pte Ltd.

#### **9. E. Lakukan RJP selama 2 menit**

Korban mengalami henti jantung

A. Pasang infuse

Kurang tepat karena kondisi emergensi (gagal jantung) belum teratasi

B. Berikan 1 shock

Kurang tepat karena dalam Alogaritma Cardiac Arrest, 1 shock diberikan jika irama berupa irama shockable

C. Beri napas setiap 3 detik

Kurang tepat karena circulation belum teratasi dalam belum dilakukan tindakan pada masalah circulation

D. Cek nadi < 10 menit

Kurang tepat karena evaluasi sudah dilakukan dan sudah dilakukan memasang AED dengan irama unshockable

E. Lakukan RJP selama 2 menit

Jawaban yang tepat karena pada kasus iramanya berupa irama unshockable (asistol atau PEA) sehingga tindakan yang tepat adalah Lakukan RJP selama 2 menit Alogaritma Cardiac Arrest.

Berdasarkan alogaritma henti jantung jika terpasang AED hasilnya berupa irama shockable (VT dan VF) Berikan 1 shock. Karena data di kasus hasilnya berupa irama unshockable (asistol atau PEA) sehingga tindakan yang tepat adalah Lakukan RJP selama 2 menit.

Referensi: Diklat yayasan ambulans gawat darurat 118.Basic Trauma Life Support and Basic Cardiac Life Support. Edisi lima. Jakarta : Yayasan ambulans gawat darurat 118; 2012.

#### **10.E. Bersihkan jalan napas tidak efektif.**

Gawat darurat; air way.

Penjelasan:

- A. Risiko aspirasi Masalah keperawatan risiko aspirasi bukanlah masalah keperawatan utama karena berdasarkan data yang ada pada soal tersebut masih ada masalah keperawatan aktual yang paling utama yang harus ditangani
- B. pola napas tidak efektif Bila berdasarkan pada guidline BLS update AHA 2020 maka jalan napas (air way) lebih diutamakan dari pada pernapasan (*breathing*)
- C. gangguan pertukaran gas Tidak ditemukan data pendukung untuk menegakkan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas
- D. penurunan curah jantung Tidak ditemukan data pendukung untuk menegakkan masalah keperawatan penurunan curah jantung
- E. bersihkan jalan napas tidak efektif Berdasarkan data yang ada yaitu ada bunyi napas tambahan gargling dan ada darah keluar dari mulut, maka masalah keperawatan yang paling utama adalah bersihkan jalan napas tidak efektif, sehingga jawaban yang benar adalah bersihkan jalan napas tidak efektif

Mahasiswa diharapkan membaca dengan teliti isi soal, kemudian tentukan kata kunci atau benang merahnya dari soal tersebut lalu pilihlah jawaban yang paling benar. Selain itu, mahasiswa diharapkan mempelajari kembali materi tentang BLS Update AHA 2020, initial assessment, SDKI, SLKI dan SIKI.

Referensi: Nusdin. (2020). Keperawatan Gawat Darurat. Surabaya: CV. Jakad Media Publishing.

PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1 Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Makassau, dkk (2022). Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana. Yogyakarta : CV. Rizmedia Pustaka Indonesia

#### **11.B. Back blows.**

Choking, Manajemen Airway.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. CPR. CPR dapat dilakukan bila pasien ditemukan dalam keadaan tidak sadar dan nadi tidak teraba
- B. *Back blows*. Tindakan *back blows* merupakan tindakan yang paling utama dan tindakan paling tepat bila ditemukan kasus choking dengan pasien masih sadar, sehingga jawaban yang benar adalah back blows
- C. *Cross finger*. Tindakan *cross finger* diindikasikan bilamana ada benda asing dirongga mulut, bukan pada sumbatan ditenggorokan
- D. *Chest thrust*. Tindakan *chest thrust* dapat dilakukan bila mana pada pasien dengan kasus choking sudah mengalami penurunan kesadaran
- E. *Abdominal thrust*. Tindakan abdominal thrust dapat dilakukan bilamana tindakan back blows tidak berhasil mengeluarkan benda asing yang menyumbat ditenggorokan sehingga harus dikombinasi dengan tindakan abdominal thrust

Mahasiswa diharapkan membaca dengan teliti isi soal, kemudian tentukan kata kunci atau benang merahnya dari soal tersebut lalu pilihlah jawaban yang paling benar. Selain itu, mahasiswa diharapkan mempelajari kembali materi tentang BLS Update AHA 2020, initial assessment, SDKI, SLKI dan SIKI.

Referensi: Nusdin. (2020). Keperawatan Gawat Darurat. Surabaya : CV. Jakad Media Publishing.

PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1 Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Makassau, dkk (2022). Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana. Yogyakarta : CV. Rizmedia Pustaka Indonesia

## 12.A Canule Nassal

PPOK, Oksigenasi.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. *Canule Nassal*. Pemberian oksigen dengan nasal kanul merupakan tindakan yang paling tepat karena pasien mengalami sesak dan saturasinya masih 95% sehingga pemberikan oksigen dengan nasal kanul merupakan pilihan yang paling tepat.
- B. *Simple mask*. Pemberian oksigen dengan simple mask diidikasikan bila pasien sesak napas disertai dengan penurunan saturasi di bawah 90%.
- C. *Rebreathing mask*. Pemberian oksigen dengan rebreathing mask diidikasikan bila pasien sesak napas disertai dengan penurunan saturasi di bawah 90%.

- D. *Nonrebreathing mask.* Pemberian oksigen dengan nonrebreathing mask diidikasikan bila pasien sesak napas disertai dengan penurunan saturasi di bawah 90%.
- E. Ventilasi *bag valk mask.* Ventilasi dengan BVM dilakukan bila pasien *upnoe* dengan saturasi yang rendah di bawah 90%.

Mahasiswa diharapkan membaca dengan teliti isi soal, kemudian tentukan kata kunci atau benang merahnya dari soal tersebut lalu pilihlah jawaban yang paling benar. Selain itu, mahasiswa diharapkan mempelajari kembali materi tentang pemberian oksigenasi.

Referensi: Saranani, M., Rahayu, D. Y. S., & Ketrin, K. (2019). Manajemen Kasus Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi pada Pasien Tuberkulosis Paru. *Health Information: Jurnal Penelitian*, 11(1), 26-32.

Marti, E. (2020). Penggunaan Ventilasi Mekanik non Invansif Untuk Mengatasi Kegagalan Pernapasan pada Pasien dengan Edema Pulmo Akut Kardiogenik. *I Care Jurnal Keperawatan STIKes Panti Rapih*, 1(2), 91-100.

### 13.A. Dilakukan CPR.

Henti napas, henti jantung, BLS.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. Dilakukan CPR. Berdasarkan kasus pada soal nomor 5 ditemukan pasien dalam keadaan tidak sadar dan nadi tidak teraba, sehingga bentuk pertolongan yang harus dilakukan berdasarkan *guidline AHA 2020* adalah dilakukan CPR, sehingga jawaban yang benar adalah dilakukan CPR.
- B. *Posisi recovery.* Pemberian posisi *recover* diberikan bila pasien sudah diselamatkan dan pasien sudah sadar.
- C. Pemasangan AED. Berdasarkan *guidline AHA 2020* prinsip pertolongan pertama pada pasien dengan henti napas dan henti jantung adalah dengan melakukan CPR dan bantuan dengan dengan ventilasi BPM, selanjutnya bila ada AED tersedia baru dilakukan pemberian AED.
- D. Ventilasi *bag valk mask.* Pemberian ventilasi *bag valk mask* dapat diberikan setelah tindakan CPR dilakukan.
- E. Diberikan pernapasan 18-20x/menit. Pemberian bantuan napas diberikan bilamana nadi sudah ada setelah diberikan CPR namun napas belum ada.

Mahasiswa diharapkan membaca dengan teliti isi soal, kemudian tentukan kata kunci atau benang merahnya dari soal tersebut lalu pilihlah jawaban yang paling

benar. Selain itu, mahasiswa diharapkan mempelajari kembali materi tentang BLS Update AHA 2020, initial assessment, SDKI, SLKI dan SIKI.

Referensi: Nusdin. (2020). Keperawatan Gawat Darurat. Surabaya : CV. Jakad Media Publishing.

#### **14.C. *Jaw thrust*.**

Fraktur Cervikal, Manajemen *Airway*.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. *Chin lift*. *Chin lift* merupakan tindakan pembebasan jalan napas pada pasien yang tidak ada indikasi fraktur cervikal.
- B. *Head tilt*. *Head tilt* merupakan tindakan pembebasan jalan napas pada pasien yang tidak ada indikasi fraktur cervikal.
- C. *Jaw thrust*. Tindakan pembebasan jalan napas tanpa menggunakan alat yang paling tepat untuk diberikan pada pasien dengan indikasi adanya fraktur cervikal, sehingga jawaban yang benar adalah *jaw thrust*.
- D. *Cross finger*. Tindakan cross finger digunakan untuk membersihkan jalan napas di rongga mulut bilamana ditemukan benda asing di mulut seperti pasir atau muntahan.
- E. *Abdominal thrust*. Tindakan abdominal thrust digunakan pada kasus *choking*.

Mahasiswa diharapkan membaca dengan teliti isi soal, kemudian tentukan kata kunci atau benang merahnya dari soal tersebut lalu pilihlah jawaban yang paling benar. Selain itu, mahasiswa diharapkan mempelajari kembali materi tentang BLS Update AHA 2020, initial assessment, pemberian oksigenasi dan SDKI, SLKI dan SIKI.

Referensi: Nusdin. (2020). Keperawatan Gawat Darurat. Surabaya: CV. Jakad Media Publishing.

PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1 Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Makassau, dkk (2022). Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana. Yogyakarta : CV. Rizmedia Pustaka Indonesia

PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1 Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Makassau, dkk (2022). Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana. Yogyakarta : CV. Rizmedia Pustaka Indonesia

**15.C. Asidosis Metabolik terkompensasi sebagian.**

pH 7,30, pCO<sub>2</sub> 27,4, HCO<sub>3</sub> 19,7, BE -4,3.

pH 7,30: Asidosis.

pCO<sub>2</sub> 27,4: Alkalosis Respiratorik.

HCO<sub>3</sub> 19,7: Asidosis Metabolik.

BE -4,3: Asidosis.

Dari hasil AGD menunjukkan pH kondisi asidosis, kemudian kita lihat indikator kompensasi asam basa untuk menunjukkan sumber masalah utama yaitu paru (respiratorik): pCO<sub>2</sub>, ginjal (metabolik): HCO<sub>3</sub>, dan terakhir buffer darah: BE. Setelah kita kaji indikator kompensasi ternyata yang sama kondisi dengan pH adalah dari ginjal atau metabolik yaitu sama – sama asidosis (HCO<sub>3</sub> 19,7), maka disebut asidosis metabolik. Untuk melihat kompensasinya kita lihat hasil pHnya masih tidak normal atau sudah normal (7,35 – 7,45). Jikalau belum normal maka disebut kompensasi sebagian, kalau sudah normal maka disebut kompensasi penuh.

Untuk kasus tersebut pHnya 7,30 maka kompensasi sebagian.

Jadi jawaban yang paling tepat adalah Asidosis Metabolik terkompensasi sebagian.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asam Basa.

Referensi: Horne, Mima M & Swearingen, Pamela L (2001). Keseimbangan Cairan Elektrolit & Asam Basa Edisi 2. Jakarta : EGC.

**16.B. Menaikkan RR (SIMV rate) s.d 18x/menit.**

Asma berat, AGD.

B. Menaikkan RR (respiratory rate) sampai 18 x/menit

Penurunan pH dan peningkatan PaCO<sub>2</sub> menunjukkan adanya asidosis respiratorik (hipoventilasi). Menaikkan respiratory rate (RR) dapat membantu meningkatkan ventilasi dan mengatasi asidosis respiratorik.

Pilihan yang tidak sesuai:

A. Menaikkan volume tidal sampai dengan 700 ml: Volume tidal yang lebih besar mungkin tidak selalu menjadi solusi terbaik. Peningkatan volume tidal dapat meningkatkan risiko trauma paru-paru dan tekanan intrathoracic.

- B. Memberikan Natrium bikarbonat: Pemberian natrium bikarbonat biasanya tidak menjadi pilihan pertama dalam mengatasi asidosis respiratorik karena dapat menyebabkan komplikasi dan tidak mengatasi penyebab utama.
- C. Menurunkan FiO<sub>2</sub> sampai 50%: Penurunan FiO<sub>2</sub> dapat mengurangi oksigenasi dan tidak relevan dengan mengatasi asidosis respiratorik.
- D. Mengatur I:E rasio: Meskipun mengatur rasio inspirasi:ekspirasi (I:E) dapat mempengaruhi ventilasi, menaikkan respiratory rate biasanya lebih langsung mengatasi hipoventilasi pada asidosis respiratorik

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asam Basa.

Referensi: Horne, Mima M & Swearingen, Pamela L (2001). Keseimbangan Cairan Elektrolit & Asam Basa Edisi 2. Jakarta : EGC.

### **17.A. Alkalosis respiratorik terkompensasi Sebagian.**

AGD, Asam Basa.

pH 7,51: Alkalosis.

pCO<sub>2</sub> 24: Alkalosis Respiratorik.

HCO<sub>3</sub> 10: Asidosis Metabolik.

BE 6,3: Asidosis.

Dari hasil AGD menunjukkan pH kondisi alkalosis, kemudian kita lihat indikator kompensasi asam basa untuk menunjukkan sumber masalah utama yaitu paru (respiratorik): pCO<sub>2</sub>, ginjal (metabolik): HCO<sub>3</sub>, dan terakhir buffer darah: BE. Setelah kita kaji indikator kompensasi ternyata yang sama kondisi dengan pH adalah dari paru - paru atau respiratorik yaitu sama – sama alkalosis (pCO<sub>2</sub> 24), maka disebut alkalosis respiratorik. Untuk melihat kompensasinya kita lihat hasil pHnya masih tidak normal atau sudah normal (7,35 – 7,45). Jikalau belum normal maka disebut kompensasi sebagian, kalau sudah normal maka disebut kompensasi penuh.

Untuk kasus tersebut pHnya 7,51 maka kompensasi sebagian.

adi jawaban yang paling tepat adalah Alkalosis Respiratorik terkompensasi sebagian.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asam Basa.

Referensi: Horne, Mima M & Swearingen, Pamela L (2001). Keseimbangan Cairan Elektrolit & Asam Basa Edisi 2. Jakarta : EGC.

### 18.D. 36 %.

Luka bakar, *Rule of nine*, kepala, lengan kanan, dada dan perut.

Kepala dan leher (9%).

Lengan kanan (9%).

Dada (9%).

Perut (9%).

Jadi, total luas luka bakar = 9% + 9% + 9% + 9% = 36%.

Jadi jawaban jelas D. 36%.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang luka bakar.

Referensi: Badan Diklat DPW PPNI Jawa Tengah. 2020. Modul Pelatihan BTCLS Basic Trauma and Cardiac Life Support. Jawa Tengah: Badan Diklat DPW PPNI Jawa Tengah.

Yohanes Wahyu Nugroho, S.Kep., Ns., M.Kes

### 19.C. *Intubasi endotracheal tube.*

Luka bakar, stridor, RR 35x/menit.

Pada kasus stridor yang disebabkan oleh penyumbatan atau penyempitan saluran napas atas, tindakan yang diperlukan untuk memastikan ventilasi yang adekuat dan mengatasi obstruksi adalah intubasi endotrakeal. Oropharyngeal airway biasanya tidak mencukupi untuk mengatasi masalah ini, karena alat tersebut hanya membuka jalur orofaring dan tidak menjamin ventilasi yang optimal pada tingkat trachea.

Intubasi endotrakeal dilakukan dengan memasukkan tabung endotrachea melalui mulut atau hidung pasien dan masuk ke dalam trachea untuk memastikan aliran udara yang tepat ke paru-paru. Tindakan ini dapat dilakukan oleh tenaga medis yang terlatih, seperti dokter atau perawat anestesi.

Jika pasien mengalami stridor dan ada kesulitan pernapasan yang signifikan, intubasi endotracheal dapat menjadi pilihan yang lebih aman dan efektif untuk memastikan jalur napas terbuka, memberikan oksigenasi yang memadai, dan memungkinkan perawatan yang lebih lanjut.

Penting untuk dicatat bahwa keputusan untuk melakukan intubasi harus didasarkan pada penilaian klinis menyeluruh oleh tenaga medis yang terlatih, dengan mempertimbangkan kondisi spesifik pasien, tingkat keparahan stridor, dan faktor-faktor lain yang dapat memengaruhi keputusan medis.

Jadi dalam kasus tersebut jawaban yang paling tepat adalah C. intubasi endotracheal tube

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang oksigenasi pada kasus kegawatdaruratan.

Referensi: Suparti, S. (2019). Pengaruh Variasi Tekanan Negatif Suction Endotracheal Tube (ETT) Terhadap Nilai Saturasi Oksigen ( $SpO_2$ ). Herb-Medicine Journal, 2, 8–11.

## **20.A. Peningkatan tekanan intrakarnial.**

Kecelakaan, tekanan darah 150/90 mmHg, kesadaran somnolen, tonus dan kekutan otot ekstremitas atas dan bawah kiri 1.

Tindakan ini penting untuk memantau kemungkinan cedera kepala yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial. Penurunan tingkat kesadaran dan kelemahan otot pada satu sisi tubuh dapat mengindikasikan adanya cedera kepala atau peningkatan tekanan intrakranial.

Meskipun memantau tingkat kesadaran (opsi a) dan tanda-tanda vital (opsi b) sangat penting dalam mengevaluasi status pasien, memonitor peningkatan tekanan intrakranial akan memberikan informasi tambahan tentang kemungkinan adanya cedera kepala yang serius. Perdarahan dalam (opsi e) juga menjadi pertimbangan, tetapi peningkatan tekanan intrakranial seringkali menjadi fokus utama dalam pengelolaan cedera kepala yang parah.

Jadi jawaban jelas A. Peningkatan Tekanan Intra Kranial.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan Cidera Kepala.

Referensi: HIPGABI, (2013). Buku Panduan Pelatihan Penanganan Penderita Gawat Darurat (PPGD) Bagi Perawat.

**21.D. Memberikan terapi oksigen.**

- Nyeri dada, seperti ditusuk, ditekan, berpindah, frekuensi napas 28x/menit  
Tindakan pertama yang tepat dari kasus diatas adalah
- A. Berikan oksigen karena dengan pemberian Oksigen dapat meningkatkan supply oksigen ke sel-sel otot jantung sehingga dapat menurunkan rasa nyeri.
  - B. Pasang Infus dilakukan jika oksigen sudah terpasang.
  - C. Cek CK/MB dilakukan untuk mengetahui jenis enzim tertentu dalam darah untuk mendiagnosis atau menyingkirkan kemungkinan serangan jantung terjadi sehingga bukan merupakan tindakan pertama yang harus dilakukan.
  - D. Kolaborasi pemberian anti nyeri menjadi prioritas utama apabila frekuensi napas normal.
  - E. EKG dilakukan setelah pasien terpasang oksigenasi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemenuhan kebutuhan oksigenasi dan tata laksana sindroma koroner akut.

Referensi: Somantri, Irman (2012). Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan. Salemba Medika. Jakarta. Bab 5

**22.B. Melakukan bilas lambung.**

Meminum racun tikus, muntah, mulut berbusa.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. larutan norit dilakukan untuk membantu mengurangi frekuensi buang air besar dan menyerap racun pada penderita diare sehingga tindakan ini tidak tepat dilakukan.
- B. minum banyak tidak dianjurkan jika klien mengalami penurunan kesadaran efeknya akan tersedak.
- C. Pasien yang keracunan hidro karbon harus hati-hati karena dapat terjadi pneumonia berat karena itu sangat membutuhkan tindakan cepat. Tindakan yang tepat pada kasus di atas adalah Racun tikus yang masuk kedalam lambung harus segera dikeluarkan agar tidak terjadi komplikasi.
- D. Minum air hangat tidak akan mengembalikan elektrolit yang hilang akibat muntah muntah.
- E. Pasang infus dilakukan jika klien mengalami dehidrasi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit dan tatalaksana kegawatdaruratan keracunan.

Referensi: Susan B. Stillwell (2011). Pedoman Keperawatan kritis

### **23.D. Tingkat kesadaran.**

Penurunan kesadaran, akral dingin, gula darah 70mg/dL.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. Turgor kulit mengacu pada elastisitas dan kekenyalan kulit, yang dipengaruhi oleh kandungan air dalam jaringan kulit. Pemeriksaan turgor kulit sering dilakukan pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran karena dapat memberikan petunjuk mengenai status hidrasi atau kekurangan cairan pada pasien tersebut.
- B. Tekanan darah merupakan indikator vital yang memberikan informasi penting tentang fungsi kardiovaskular dan perfusi organ
- C. Frekuensi nadi memberikan informasi vital tentang fungsi jantung dan sirkulasi darah, dan dapat memberikan petunjuk mengenai kondisi pasien
- D. Pasien DM yang diberikan glucose 10% harus dievaluasi responnya, dengan prioritas indikator evaluasinya adalah tingkat kesadaran karena jika keadaan gula darah pasien membaik maka suplai glukosa ke otak akan optimal, sehingga klien akan meningkat tingkat kesadarannya.
- E. Perabaan ekstremitas dilakukan untuk memberikan petunjuk penting tentang fungsi sistem saraf dan sirkulasi tubuh.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang sistem kardiovaskuler dan limfatik.

Referensi: Curtis, K., Ramsden, C., & Friendship, J., (Eds). (2007). Emergency and Trauma Nursing. Philadelphia: M

### **24.A. Pemasangan Oropharyngeal Airway.**

Klien tidak sadarkan diri, perawat memastikan tidak terjadi sumbatan jalan napas.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. Pemasangan oroparingeal tube dapat mencegah lidah jatuh kebelakang sehingga tidak terjadi sumbatan jalan napas pasien yang mengalami tanda tanda stroke dengan kesadaran menurun.
- B. Head till chin left dilakukan Untuk mengukur fleksibilitas leher dan kelancaran gerakan kepala.

- C. Jaw thrust teknik yang digunakan ketika cedera leher atau trauma tengkorak dicurigai. Posisi ini memungkinkan untuk membuka jalan napas tanpa merubah posisi leher, yang dapat menjadi kritis untuk mencegah cedera tambahan.
- D. Nasotracheal tube memungkinkan tim medis untuk memberikan ventilasi mekanis, yang bisa diperlukan dalam situasi seperti kegawatan darurat, bedah, atau perawatan intensif. Tube ini memungkinkan udara atau oksigen untuk mencapai paru-paru pasien.
- E. Posisi kepala ekstensi dapat digunakan untuk membantu memelihara atau membuka jalan napas. Dalam situasi darurat atau kegawatan medis, memastikan jalan napas terbuka sangat penting untuk memastikan pasokan oksigen yang adekuat.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang sistem pernapasan.

Referensi: Somantri, Irman (2012). Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan. Salemba Medika. Jakarta. Bab 5

#### **25.E. Miringkan pasien dengan teknik log roll.**

Cedera kepala sedang, di dalam mulut banyak muntahan.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. Untuk menjaga patensi (terbuka) jalan napas, mencegah aspirasi, dan meningkatkan efisiensi pernapasa.
- B. Memiringkan kepala ke samping dapat membantu mencegah aspirasi, yaitu masuknya muntahan atau bahan cair lainnya ke dalam saluran napas. Dengan memiringkan kepala ke samping, cairan atau muntahan dapat keluar dari mulut daripada masuk ke saluran napas.
- C. Untuk mempertahankan patensi atau kebukaan jalan napas pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran atau kesulitan bernapas. Alat ini membantu mencegah jatuhnya lidah ke belakang dan menyumbat jalan napas.
- D. Pemeriksaan dilakukan untuk menilai sejauh mana pasien mampu bernapas dengan efektif. Ini mencakup penilaian frekuensi pernapasan dan kedalaman pernapasan.
- E. Pada cedera kepala untuk mengeluarkan muntahan harus dengan cara memiringkan bersamaan dengan badan pasien /log rool untuk mencegah terjadinya cedera servikal.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang sistem pernapasan dan obstruksi jalan napas.

Referensi: Somantri, Irman (2012). Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan. Salemba Medika, Jakarta, Bab 5.

### **26.A. Suction.**

Terdapat darah di sekitar mulut pasien, frekuensi napas 24x/menit.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. Suction dilakukan pada pasien gawat darurat yang mengalami sumbatan jalan napas parsial akibat cairan.
- B. Head-Tilt dilakukan untuk membuka jalan napas manual tanpa menggunakan alat pada pasien non trauma servikal.
- C. NPA digunakan pada pasien yang mengalami sumbatan jalan napas akibat pangkal lidah jatuh kebelakang, yang masih sadar atau terdapat refleks saat pemasangan OPA.
- D. OPA digunakan pada pasien yang mengalami sumbatan jalan napas akibat pangkal lidah jatuh kebelakang, dan mengalami penurunan kesadaran.
- E. Needle Krikotiroidotomi dilakukan untuk membuka jalan napas pada pasien yang mengalami sumbatan total jalan napas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang obstruksi jalan napas dan teknik pembebasan jalan napas pada pasien gawat darurat.

Referensi: Emergency Nurses Association, Hammond, B., & Zimmermann, P. (2018). Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana Sheehy, edisi Indonesia pertama. 560.

### **27.A. Memberikan injeksi IV *Epinephrine 1mg.***

Pasien tidak sadar, nadi tidak teraba. RJP langsung diinisiasi oleh tim resusitasi, *Pulseless Electrical Activity* (PEA).

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. Diberikan pada siklus pertama setelah evaluasi irama jantung.
- B. Dilakukan pada pasien henti napas dan henti jantung, saat ini sedang dilakukan RJP.
- C. Dilakukan untuk memastikan elektroda monitoring terpasang baik pada pasien sehingga dapat diinterpretasikan kejadian asistol dengan tepat.

- D. Dilakukan untuk mengidentifikasi kondisi henti jantung dan kebutuhan tindakan kompresi, telah dilakukan, dievaluasi setiap 2 menit.
- E. Dilakukan untuk gelombang *shockable* (VF dan *Pulseless VT*).

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang algoritma cardiac arrest sesuai dengan update AHA 2020.

Referensi: Emergency Nurses Association, Hammond, B., & Zimmermann, P. (2018). Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana Sheehy, edisi Indonesia pertama. 560.

Panchal, A. R., Bartos, J. A., Cabañas, J. G., Donnino, M. W., Drennan, I. R., Hirsch, K. G., Kudenchuk, P. J., Kurz, M. C., Lavonas, E. J., Morley, P. T., O'Neil, B. J., Peberdy, M. A., Rittenberger, J. C., Rodriguez, A. J., Sawyer, K. N., Berg, K. M., Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., ... Y, R. X. (2020). Highlights of the 2020 AHA Guidelines Update for CPR and ECC. Circulation, 2(16 2).  
(Panchal et al., 2020)

## 28.D. Kelas 3

Perdarahan, TD menurun, nadi 125x/menit, nadi lemah, akral dingin.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. Pasien tidak mengalami tanda-tanda syok
- B. Nadi <100x/menit, TD Normal, tekanan nadi normal
- C. Nadi 100 s.d. 120x/menit, TD Normal, tekanan nadi menurun
- D. Nadi 121 s.d. 140x/menit, TD menurun, tekanan nadi menurun
- E. Nadi >140x/menit, TD menurun, tekanan nadi menurun

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang klasifikasi syok.

Referensi: ATLS – American College of Surgeon 10th edition

## 29.E. Nonmaleficience.

Saat perawat RJP terdengar bunyi krek dari costa klien.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. Perawat berlaku adil kepada setiap pasien
- B. Perawat menepati janji dan menghargai komitmennya kepada orang lain
- C. Perawat menghargai keputusan pasien setelah dilakukan edukasi dan advokasi

- D. Perawat menghargai prinsip kerahasiaan dimana segala informasi tentang pasien harus dijaga.
- E. Perawat dalam melakukan pelayanannya sesuai dengan ilmu dan kiat keperawatan dengan tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik keperawatan.

Referensi: Kode etik keperawatan.

### **30.D. Pemasangan *needle thoracosintesis*.**

Terdapat jejas di dada sebelah kiri, trakhea bergeser ke arah kanan, pengembangan paru asimetris, anvesikuler dada kiri, perkusi hipersonor pada dada kiri, napas 32x/menit. Pasien mengalami tension pneumothoraks.

Silakan pahami penjelasan opsi a sampai e berikut;

- A. *Chest tube* dapat dilakukan setelah mengeluarkan udara yang terjebak di rongga pleura.
- B. Analgetik merupakan terapi medikamentosa yang dilakukan oleh tenaga medis.
- C. Kasa oklusif tiga sisi dilakukan jika pasien mengalami open pneumothoraks.
- D. *Needle thoracosintesis* dilakukan jika pasien mengalami tension pneumothoraks.
- E. *Needle pericardiosintesis* dilakukan jika pasien mengalami tamponade jantung.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kegawatdaruratan trauma dada.

Referensi: Emergency Nurses Association, Hammond, B., & Zimmermann, P. (2018). Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana Sheehy, edisi Indonesia pertama. 560.



**SOAL**  
**KEPERAWATAN GERONTIK**

1. Lansia perempuan, 82 tahun, tinggal bersama dirumah anak dan menantunya. Saat perawat datang berkunjung keluarga menyampaikan kondisi yang dialami oleh pasien yaitu aktifitas terbatas, kurang koordinasi gerak, sering hampir terjatuh, dan tremor. Apa tindakan perawat yang paling tepat kasus tersebut?
  - A. Anjurkan keluarga untuk membantu aktifitas.
  - B. Bantu keluarga memilih kegiatan yang cocok.
  - C. Ajarkan keluarga cara-cara untuk mencegah cedera.
  - D. Bersama keluarga membuat jadwal kegiatan untuk pasien.
  - E. Anjurkan keluarga untuk memantau kegiatan sehari-hari pasien.
2. Lansia perempuan, 65 tahun, mempunyai riwayat gula sejak 2 tahun. Saat ini klien mengeluh semutan pada kedua kaki yang dirasakan sepanjang hari. Kaki kadang terasa sakit atau pegel. Kaki kadang terlihat bengkak. Pengisian kapiler 3 detik. Apa tindakan keperawatan paling tepat kasus tersebut?
  - A. Batasi aktivitas klien
  - B. Batasi konsumsi garam
  - C. Anjurkan untuk jalan sehat
  - D. Ajarkan senam kaki diabetik
  - E. Ajarkan prinsip konservasi energi
3. Lansia perempuan, 73 tahun, tinggal seorang diri dirumahnya karena suaminya meninggal 3 tahun lalu, anak-anaknya tinggal bersama keluarga masing-masing. Saat ini dia sering murung, sering menyendiri. Perawat lansia berkunjung ke rumahnya, pasien mengeluh kesepian, sering tidak bisa tidur jika ingat suami dan anak-anaknya. TD 150/90mmHg, Nadi 90x/mnt. Apa instrumen pengkajian yang tepat digunakan perawat pada kasus tersebut?
  - A. Katz Indeks
  - B. Barthel Indeks
  - C. Short Portable Mental
  - D. Mini Mental State Exam
  - E. Geriatric Depresion Scale
4. Lansia perempuan, 90 tahun, datang ke puskesmas dengan keluhan berdebar-debar, nyeri saat BAK seperti tidak tuntas. Hasil pengkajian: skala nyeri 8, TD 180/90mmHg, suhu 37,5°C, napas 18x/menit, palpasi daerah simpisis teraba keras. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
  - A. Ansietas
  - B. Nyeri akut

- C. Retensi Urin  
D. Resiko inkotinensia  
E. Kesiapan eliminasi
5. Lansia perempuan, 90 tahun, mengatakan saat ini merasa mudah lelah saat bergerak, lemas, cepat lelah, sehingga lebih banyak beristirahat. Saat berjalan terasa berat, jantung berdetak kencang, dan terasa sesak setelah berjalan, gambaran EKG iskemik. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Intoleransi aktivitas  
B. Gangguan mobilitas fisik  
C. Penurunan curah jantung  
D. Gangguan sirkulasi spontan  
E. Perfusi miokard tidak efektif
6. Lansia Laki-laki, 65 tahun, dirawat di bangsal gerontik. Hasil pengkajian: pasien mengeluh 2 hari terakhir lututnya sering ngilu di malam hari sehingga tidak bisa tidur, skala nyeri 6, nadi 110x/menit, TD 140/100 mmHg, tidak nafsu makan, lutut tampak bengkak, *KATZ indeks* kategori A. Apakah diagnosis keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Mual  
B. Nyeri akut  
C. Nyeri kronis  
D. Gangguan pola tidur  
E. Gangguang mobiltas fisik
7. Lansia laki-laki, 75 tahun, dikunjungi oleh perawat *home care*. Hasil pengkajian: riwayat jatuh 2 minggu yang lalu, tangan kiri terkilir, tidak ada keluhan saat berpindah tempat, hasil pemeriksaan SPMSQ kerusakan intelektual ringan, *KATZ Indeks B*, mengalami gangguan pendengaran. Hasil observasi lingkungan lantai rumah dikeramik. Apa intervensi keperawatan yang dilakukan untuk menghindari resiko jatuh berulang?
- A. Menganjurkan untuk membelikan alat bantu jalan.  
B. Menganjurkan melakukan pemeriksaan penunjang.  
C. Menganjurkan untuk menggunakan alat bantu dengar.  
D. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin.  
E. Menganjurkan melakukan kegiatan untuk mempertahankan fungsi kognitif.

8. Lansia perempuan, 85 tahun, diantar kontrol ke poliklinik oleh keluarga, mengeluh punggungnya terdapat luka. Hasil pengkajian: ulkus dalam, cekung, tampak pus, kemerahan, berbau, mempunyai riwayat stroke, hasil GDS=200mg/dl, teratur minum obat gula, memiliki riwayat jatuh dari pohon 6 bulan lalu, mengalami kelumpuhan kedua ekstremitas bawah, Diagnosis DM type II. Apa intervensi keperawatan paling tepat untuk mengatasi masalah tersebut?
- A. Mengoleskan lotion
  - B. Melakukan perawatan luka
  - C. Memberikan edukasi perawatan kulit
  - D. Menganjurkan untuk mobilisasi setiap 2 jam
  - E. Memberikan edukasi penyakit DM dan Stroke
9. Lansia laki-laki, 78 tahun, 4 hari dirawat di RS dengan diagnosa medis *Benigna Prostat Hipertropy* (BPH). Hasil pengkajian: pasien mengatakan sensasi penuh pada kandung kemih dan *dribbling*. Hasil pemeriksaan: TD 110/80mmHg, Nadi 80x/menit, distensi kandung kemih, turgor kulit kering. Apa intervensi utama keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut?
- A. Manajemen cairan.
  - B. Manajemen medikasi.
  - C. Perawatan kateter urin.
  - D. Manajemen eliminasi urin.
  - E. Kolaborasi pemasangan katerisasi urin.

# **PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN GERONTIK**

**1. C. Ajarkan keluarga cara-cara untuk mencegah cedera.**

Komponen mobilitas fisik klien.

- A. option a kurang tepat karena bukan memandirikan pasien
- B. option b kurang tepat karena bukan pilihan aktifitas yg dilakukan
- C. option c jawaban yang tepat karena tentang pencegahan cedera.
- D. option d kurang tepat karena tujuannya bukan schedule kegiatan
- E. option e kurang tepat seharusnya ADL dibantu

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pencegahan cedera.

Referensi: Miller C. A (2012). *Nursing Care of Older Adult: Theory and Practices*. Philadelphia: JB. Lippincott Company

**2. D. Ajarkan senam kaki diabetik**

Tindakan keperawatan mencegah gangguan pengisian kapiler

- A. option a kurang tepat karena bukan karena kelebihan aktivitas
- B. option b kurang tepat karena masalah utama DM bukan HT
- C. option c kurang tepat karena hanya bersifat simptomatis
- D. option d jawaban tepat karena masalah utama adalah Penyakit gula
- E. option e kurang tepat bukan berkaitan dengan kurang energi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penatalaksaan DM.

Referensi: Miller C.A (2012). *Care of Older Adult: Theory and Practices*. Philadelphia: JB. Lippincott Company.

**3. E. Geriatric Depresion Scale**

Tanda-tanda depresi pada lansia adalah murung, menyendiri, kesepian

- A. option a kurang tepat karena merupakan instrument penilaian aktivitas
- B. option b kurang tepat merupakan inetrumen penilaian ADL
- C. option c kurang tepat karena menilai status mental lansia saja
- D. option d tidak tepat karena merupakan penilaian status mental
- E. option e jawaban tepat karena mampu menilai tingkat depresi lansia

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang instrumen pengkajian gerontik khususnya menilai depresi lansia.

Referensi: Miller C. A (2012). *Nursing Care of Older Adult: Theory and Practices*. Philadelphia: JB. Lippincott Company

#### 4. C. Retensi Urin

Salahsatu data pada retensi urin adalah palpasi simpisis pubis keras, BAK tidak tuntas

- A. option a kurang tepat karena bukan masalah psikosomatis
- B. option b kurang tepat karena bukan masalah utama
- C. option c tepat karena data pengkajian menunjukkan retensi urin
- D. option d tidak tepat karena ini tipologi masalah aktual bukan resiko
- E. option e kurang tepat karena bukan berkaitan dengan kesiapan eliminasi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang instrumen pengkajian gerontik khususnya menilai depresi lansia.

Referensi: Miller C. A (2012). *Nursing Care of Older Adult: Theory and Practices*. Philadelphia: JB. Lippincott Company

#### 5. A. Intoleransi aktivitas

Tanda intoleransi aktivitas adalah cepat lelah, sesak napas saat beraktivitas

- A. option a tepat karena data pada kasus menunjukkan masalah intoleransi aktivitas
- B. option b kurang tepat karena kasus bukan mengarah pada mobilitas klien
- C. option c kurang tepat karena bukan masalah utma
- D. option d tidak tepat karena data penunjang sirkulasi spontan kurang lengkap
- E. option e kurang tepat, tidak didukung data sirkulasi jantung

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang aktivitas lansia.

Referensi: Miller C. A (2012). *Nursing Care of Older Adult: Theory and Practices*. Philadelphia: JB. Lippincott Company

#### 6. B. Nyeri akut.

Skala nyeri 6 selama 2 hari terakhir.

- A. meskipun didalam kasus terdapat gejala mual tetapi ini bukanlah jawaban diagnosis keperawatan utama dikarenakan rasa mual sebagai gejala minor.

- B. gangguan mobilitas fisik sebagai bentuk keterbatasan gerak dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri, dalam kasus ditemukan gejala minor yaitu nyeri saat bergerak, sehingga gejala ini bukanlah gejala dari diagnosa keperawatan yang utama perlu dilihat juga nilai Ktaz INDEKS mandiri artinya tidak sampai mengganggu aktivitas sehari-hari.
- C. Nyeri akut adalah jawab yang tepat dikarenakan gejala mayor dan minor sudah ditemukan didalam kasus yaitu, nyeri skala 6, mempengaruhi peningkatan TD serta Nadi, dan kebutuhan istirahat/tidur pasien tersebut.
- D. Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Dalam kasus pasien mengeluh sulit tidur, meskipun secara data subjektif ada tanda gejala mayor tetapi gejala tersebut bukanlah masalah utam karena gangguan pola tidur dalam kasus diakibatkan dari rasa nyeri yang dialami pasien.
- E. Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan, onset mendadak atau lambat, berintensitas hingga berat yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Dalam kasus pasien mengeluhan nyeri skala 6 tetapi jika dilihat dari onsetnya, tidak sesuai dengan definisi nyeri kronik dimana keluhan berlangsung lebih dari 6 bulan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep nyeri dan gangguan musculoskeletal pada lansia.

Referensi: Esther Chang et al. 2012. Patofisiologi aplikasi pada praktik keperawatan. Penerbit: EGC

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

## 7. D. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin.

Hasil observasi lingkungan lantai rumah terbuat dari keramik.

- A. Menganjurkan untuk membelikan alat bantu jalan merupakan tindakan terapeutik dalam intervensi pencegahan cedera tetapi dalam kasus ini tidak ditemukan gangguan mobilisasi.
- B. Pada hasil pemeriksaan SPMSQ pasien mengalami kerusakan intelektual ringan tetapi hal tersebut bukanlah masalah utama yang harus diatasi dengan tindakan pencegahan jatuh berulang.
- C. Meskipun perawat mengalami kesulitan saat berkomunikasi dengan lansia yang megalami pendengaran akan tetapi menganjurkan untuk

menggunakan alat bantu dengar bukanlah intervensi yang tepat dengan intervensi pencegahan jatuh berulang.

- D. Mengajurkan melakukan pemeriksaan penunjang dikarenakan hasil pengkajian memiliki riwayat jatuh 2 minggu yang lalu dan tangan kiri terkilir, hal tersebut bukanlah masalah utama yang harus diatasi dengan tindakan pencegahan jatuh berulang.
- E. Intervensi utama dalam SLKI pencegahan jatuh terdiri dari terdapat tindakan observasi, terapeutik dan edukasi. Mengajurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin adalah tindakan edukasi bagi lansia yang memiliki riwayat jatuh dikarenakan lantai rumah terbuat dari keramik.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep resiko cedera dan intervensi sesuai dengan SLKI/NIC.

Referensi: Esther Chang et al. 2012. Patofisiologi aplikasi pada praktik keperawatan. Penerbit: EGC

PPNI (2016) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

## **8. B. Melakukan perawatan luka.**

Bagian punggungnya terdapat luka hasil pengkajian ukus dalam, cekung, tampak pus, kemerahan, dan berbau.

- A. Mengoleskan lotion pada luka dekubitus bukanlah intervensi yang tepat untuk luka ukus. Lotion hanya digunakan untuk melembabkan kulit atau mengatasi kulit kering. Jawaban ini bukanlah jawaban yang tepat.
- B. Pasien mengeluh pada bagian punggungnya terdapat luka hasil pengkajian ukus dalam, cekung, tampak pus, kemerahan, dan berbau intervensi yang paling tepat dengan melakukan perawatan luka dikarenakan tindakannya meliputi pembersihan kulit sekitar luka dengan sabun dan air, pembersihan luka bagian dalam menggunakan NaCl 0,9%, oleskan salep yang dapat mengatasi luka ukus dan melakukan pembalutan pada luka supaya tidak terkontaminasi.
- C. Memberikan edukasi penyakit DM dan Stroke adalah tindakan yang tepat terkait keluhan pasien . Akan tetapi edukasi terkait penyakit bukanlah prioritas masalah yang utama.
- D. Memberikan edukasi perawatan kulit adalah tindakan yang tidak tepat dikarenakan keluhan bagian punggungnya terdapat luka hasil pengkajian

ulkus dalam, cekung, tampak pus, kemerahan, dan berbau sehingga perawatan kulit tidak tepat.

- E. Mengajurkan untuk mobilisasi setiap 2 jam merupakan intervensi untuk masalah keperawatan gangguan mobilisasi dengan memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik tindakan terapeutik yang dapat dilakukan yaitu memfasilitasi penggunaan alat bantu, melakukan pergerakan, dan mobilisasi sederhana misalnya duduk di tempat tidur. Sehingga jawaban tersebut tidak sesuai dengan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep DM dan intervensi sesuai dengan SLKI/NIC.

Referensi: Esther Chang et al. 2012. Patofisiologi aplikasi pada praktik keperawatan. Penerbit: EGC

#### **9. E. Kolaborasi pemasangan Katerisasi Urin.**

Sensasi penuh pada kandung kemih dan *dribbling*.

- A. Dalam studi kasus ditemukan pengkajian yang terkait dengan manajemen cairan adalah turgor kulit kering, tidak ada data lain yang mendukung seperti hasil monitor status dinamik, monitor hasil pemeriksaan lab, mencatat intake output dalam 24 jam.
- B. Manajemen medikasi  
Manajemen medikasi adalah kegiatan mengelola dan mengidentifikasi penggunaan agen farmakologis sesuai dengan program pengobatan. Di dalam kasus manajemen medikasi tidak dimasukkan dalam intervensi utama, sehingga intervensi ini tidak sesuai
- C. Manajemen Eliminasi Urin adalah mengidentifikasi dan mengelola pola eleminasi urin , intervensi yang diajarkan yaitu cara mengukur haluan urin, balance cairan. Intervensi tersebut bukan intervensi utama dalam penatalaksaan BPH.
- D. Perawatan Kateter Urin. Dalam kasus tidak ada keterangan telah terpasang kateter urin sehingga tindakan perawatan kateter belum bisa dilakukan.
- E. Kolaborasi pemasangan Katerisasi Urin. Kebanyakan pasien BPH akan mengalami sensasi penuh pada kandung kemih , retensi urin dan dribbling. Pemasangan kateter merupakan pertolongan pertama untuk hal ini.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep DM dan intervensi sesuai dengan SLKI/NIC.

Referensi: Esther Chang et al. 2012. Patofisiologi aplikasi pada praktik keperawatan. Penerbit: EGC

PPNI (2016) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta:DPP PPNI

PPNI (2016) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta:DPP PPNI



**SOAL**  
**KEPERAWATAN JIWA**

1. Laki-laki, 15 tahun, masuk RSJ 4 hari yang lalu karena suka menyendiri di rumah, tidak mau berinteraksi dengan orang lain selain keluarganya. Hasil pengkajian: pasien merasa malu karena pernah tidak lulus sekolah, merasa tidak berguna dan mengecewakan keluarga. Saat ini, pasien tampak murung dan sedih. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
  - A. halusinasi
  - B. isolasi sosial
  - C. risiko bunuh diri
  - D. harga diri rendah
  - E. defisit perawatan diri
2. Perempuan, 30 tahun, dibawa ke RSJ karena percobaan bunuh diri. Hasil pengkajian: pasien mengatakan ditinggalkan oleh suaminya delapan bulan lalu, karena menikahi sahabatnya. Pasien diberhentikan dari pekerjaan satu bulan yang lalu. Pasien menarik diri dan sering melamun. Apa faktor predisposisi pada kasus tersebut?
  - A. sering melamun
  - B. menarik diri dari orang lain
  - C. diberhentikan dari pekerjaan
  - D. suami menikah dengan sahabatnya
  - E. ditinggalkan oleh orang yang dicintai
3. Perempuan, 29 tahun, dirawat di RSJ karena mudah marah, banting barang dan tidak melakukan kegiatan sehari-hari. Keluarga mengatakan sejak cerai pasien sering di kamar dan menyendiri. Hasil pengkajian: pasien mengatakan orang lain tidak mau bicara dengan dirinya, afek datar, tidak ada kontak mata, singkat dalam menjawab pertanyaan, menghindar jika didekati. Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
  - A. bantu untuk orientasi realita
  - B. anjurkan untuk bercakap-cakap
  - C. latih cara minum obat secara teratur
  - D. ajarkan cara berinteraksi secara bertahap
  - E. diskusikan kemampuan positif yang dimiliki
4. Laki-laki, 27 tahun, dirawat di RSU karena gastritis. Keluarga mengatakan bahwa pasien tidak mau makan selama istrinya sakit dirawat di ICU karena Covid-19 dalam kondisi hamil. Hasil pengkajian: pasien merasa tidak ada harapan lagi karena kondisi istrinya terus memburuk dan merasa bersalah karena tidak dapat

menjaga istri dan calon anaknya dengan baik. Saat ini, pasien terlihat sedih dan menangis. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?

- A. ansietas
  - B. berduka
  - C. keputusasaan
  - D. harga diri rendah
  - E. ketidakberdayaan
5. Laki-laki, 35 tahun, dirawat di RSJ dengan masalah harga diri rendah kronik. Hasil pengkajian: pasien merasa minder karena tidak bekerja, menyalahkan dirinya karena tidak mampu membahagiakan istrinya, dan terlihat sering menyendiri di kamar. Perawat membuat kontrak kepada pasien untuk melaksanakan TAK esok hari. Keesokan harinya perawat datang tepat waktu dan melakukan TAK kepada pasien. Apa prinsip etik yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- A. *justice*
  - B. *fidelity*
  - C. *veracity*
  - D. *autonomy*
  - E. *beneficence*
6. Perempuan, 27 tahun, dirawat di RS selama satu minggu karena adanya benjolan di payudara sebelah kanan. Hasil pengkajian: pasien mengeluh susah tidur, jantung berdebar-debar, berkeringat dingin, gelisah, dan pasien memikirkan apa penyakit ini akan menyebar ke payudara kirinya. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- A. nyeri
  - B. ansietas
  - C. kurang pengetahuan
  - D. perubahan pola tidur
  - E. harga diri rendah situasional
7. Perempuan, 45 tahun, masuk ruang IGD pertama kali diantar oleh keluarga dengan alasan ingin mengikuti suami yang sudah meninggal dan menyatakan tiada guna hidup. Hasil pengkajian: pasien tampak menangis, wajah murung, menolak makan, keluarga mengatakan masalah ini muncul sejak suaminya meninggal karena kecelakaan, pasien cenderung memendam masalah sendiri dan merasa jadi beban bagi keluarga. Jenis perilaku bunuh diri apa yang sudah dilakukan pasien tersebut?
- A. isyarat

- B. ancaman
  - C. percobaan
  - D. secara Verbal
  - E. bunuh diri komplit
8. Laki-laki, 19 tahun, masuk IGD RSJ dibawa ibunya untuk pertama kali, dengan keluhan marah-marah, memukul ibu di rumah karena tidak diberikan laptop dan Hp. Ibu kesulitan karena miskin dan ayah sudah meninggal. Pasien merasa dihina dan menyesali keluarganya miskin. Hasil pengkajian: pasien tampak emosi labil, kadang bicara kotor dan mengancam. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- A. halusinasi
  - B. isolasi Sosial
  - C. harga diri rendah
  - D. perilaku kekerasan
  - E. gangguan citra tubuh
9. Perempuan, 44 tahun, dibawa oleh keluarganya ke RS dengan keluhan terdapat luka di kaki kanan, kemudian dokter menyarankan untuk tindakan amputasi. Pasien menolak dan mengatakan "saya takut, kepala saya pusing. Apa saya harus tidak mempunyai kaki? Jangan potong kaki saya". Hasil pengkajian: Pasien kelihatan gelisah, tidak fokus jika ditanya, tampak tegang. TD 140/80mm/Hg, nadi 93 x/menit, napas 19x/menit, suhu 36°C. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. kecemasan
  - B. kehilangan
  - C. perubahan peran
  - D. gangguan harga diri
  - E. gangguan citra tubuh
10. Perempuan, 20 tahun, masuk IGD RSJ diantar oleh orang tuanya. Hasil pengkajian: pasien sudah dua kali melakukan percobaan bunuh diri dengan menyayat pergelangan tangannya karena ditinggal menikah oleh kekasihnya, tampak luka sayatan ditangan kiri, tampak murung, banyak diam, tidak bergairah. Apa tindakan keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Meyakinkan klien bahwa dirinya penting.
  - B. Memberi kesempatan mengungkapkan perasaannya.
  - C. Melatih berpikir positif terhadap diri, keluarga dan lingkungan.

- D. Menjauhkan semua benda-benda berbahaya yang mengancam dirinya.
- E. Memeriksa, apa klien benar-benar telah meminum obatnya, jika klien mendapatkan obat.
11. Perempuan, 20 tahun, dirawat di RSU karena mengalami kecelakaan motor sehingga harus diamputasi. Hasil pengkajian: bicara kasar, berteriak dan menyalahkan orang lain. Apa tahap berduka yang dialami pada kasus tersebut?
- A. denial
- B. anger
- C. depresi
- D. bargaining
- E. acceptance
12. Laki-laki, 35 tahun, dirawat di RSJ satu bulan yang lalu karena dipasung oleh keluarganya. Hasil pengkajian: kontak mata kurang dan menghindari perawat, badan kotor dan bau, rambut acak-acakan, menggaruk-garuk badan. Selama dirawat pasien belum mampu mandi secara mandiri. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- A. halusinasi
- B. isolasi sosial
- C. harga diri rendah
- D. perilaku kekerasan
- E. defisit perawatan diri
13. Perempuan, 25 tahun, dirawat di RSJ selama tiga minggu karena suka berbicara sendiri dan menolak mandi. Hasil pengkajian: kontak mata kurang, mengangguk atau menggelengkan kepala saat ditanya dan menyendiri. Apa tujuan tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Mampu berontasi realita.
- B. Melakukan perawatan diri.
- C. Dapat berinteraksi dengan orang lain.
- D. Pasien mampu mengontrol halusinasinya.
- E. Menunjukkan perilaku meningkatkan harga diri.
14. Laki-laki, 40 tahun, dirawat di RSJ selama satu minggu karena mengamuk di rumah. Hasil pengkajian: kontak mata kurang, rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku hitam dan panjang. Perawat menjelaskan tentang

pentingnya kebersihan diri. Apa kemampuan yang ditunjukkan pasien pada kasus tersebut?

- A. Menyusun jadwal Latihan.
  - B. Melakukan bab dan bak dengan benar.
  - C. Mengenal masalah defisit perawatan diri.
  - D. Tahu cara menyiapkan peralatan mandi sendiri.
  - E. Mampu mandi, mencuci rambut, dan menggosok gigi dengan benar.
15. Perempuan, 27 tahun, dibawa ke IGD RSJ karena mengurung diri di kamar, mengamuk tanpa sebab sejak satu bulan yang lalu. Hasil pengkajian: ungkapan malu keluar rumah, kontak mata kurang, kepala menunduk, terdapat bekas luka pada wajahnya. Perawat menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien. Apa kriteria evaluasi pada kasus tersebut?
- A. Pasien menerima keadaannya.
  - B. Pasien dapat mengontrol marah.
  - C. Pasien berinteraksi dengan orang lain.
  - D. Pasien mampu meningkatkan citra tubuh.
  - E. Pasien mengenal aspek positif yang dimiliki.
16. Laki-laki, 24 tahun, dirawat di RS sudah satu minggu karena mengalami kecelakaan lalu lintas sehingga dokter melakukan tindakan amputasi kaki kiri. Pasien mengatakan tidak mampu bekerja, tidak mampu merawat diri (mandi, BAB, BAK). Hasil Pengkajian: murung, bicara lambat, sering tidur, apatis, pasif. Perawat membantu pasien mendiskusikan masalah yang dirasakan, mengidentifikasi situasi yang tidak mampu di kontrol oleh pasien, diskusikan pemikiran negatif. Apa tindakan selanjutnya yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Latih teknik relaksasi napas dalam.
  - B. Latih kegiatan yang masih bisa dilakukan pasien.
  - C. Latih mengontrol perasaan pasien negatif pasien.
  - D. Latih mengembangkan pikiran dan harapan positif.
  - E. Memberikan semangat kepada pasien agar cepat sembuh.
17. Perempuan, 36 tahun, dirawat di RSJ selama 3 hari yang lalu karena pernah memukul orang tuanya, tidak dibelikan handphone, kesal dengan orang tuanya, memecahkan piring di rumah, ada perasaan kesal dengan ibunya karena tidak dibelikan *handphone*. Hasil Pengkajian: pasien kooperatif, marah-marah, bicara

kasar, pandangan mata tajam. Apa tindakan yang tepat yang dilakukan oleh perawat pada kasus tersebut?

- A. Membina hubungan saling percaya.
- B. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan verbal.
- C. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik napas dalam.
- D. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan pukul kasur dan bantal.
- E. Membantu pasien mengenal penyebab, tanda dan gejala, akibat, perilaku kekerasan yang dilakukan dan akibat perilaku kekerasan.

18. Perempuan, 27 tahun, dibawa ke IGD RS karena telah mencoba mengakhiri hidupnya dengan cara memotong nadi di tangan kiri menggunakan pisau silet. Tindakan pasien tersebut langsung digagalkan oleh ibunya. Pasien tidak sadarkan diri. Hasil Pengkajian: terdapat luka sayat pada pergelangan tangan pasien. Apa tindakan yang harus segera dilakukan untuk menangani pasien tersebut?

- A. Memantau tanda-tanda vital pasien.
- B. Menjauhkan pasien dari benda-benda berbahaya.
- C. Mengatasi masalah fisik akibat percobaan bunuh diri.
- D. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga.
- E. Mengidentifikasi alasan, cara dan waktu pasien melakukan tindakan bunuh diri.

19. Perawat, 36 tahun, di Puskesmas sedang melakukan kunjungan ke Rumah. Terdapat keluarga yang memiliki anggota keluarga yang di pasung. Pasien ditempatkan di belakang rumah. Keluarga mengatakan pasien sudah dipasung sejak 10 tahun yang lalu dengan alasan pasien selalu mengamuk, pernah memukul tetangga, membanting barang-barang. Keluarga merasa khawatir jika tidak dipasung, pasien akan melukai orang dan pergi dari rumah. Apa tindakan pertama yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?

- A. Melepaskan pasung
- B. Melaporkan ke Dinas Kesehatan terdekat
- C. Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga
- D. Membiarkan pasien di pasung untuk menghindari melukai orang lain
- E. Menyalahkan keluarga karena pasien sudah di pasung selama 10 tahun

20. Anak laki-laki, 9 tahun, kelas 3 Sekolah Dasar mengalami penurunan prestasi disekolahnya seperti malas belajar, tidak menuruti perintah guru dan ortu, tidak mau mengerjakan tugas sekolah, tidak mau terlibat dalam kegiatan kelompok di sekolah. Hasil pengkajian: murung, tidak mau menceritakan masalahnya, tidak mau berinteraksi dengan temannya. Apa diagnosa utama pada kasus tersebut?
- A. Potensial berkarya.
  - B. Risiko rasa bersalah.
  - C. Risiko harga diri rendah.
  - D. Potensial pembentukan identitas diri.
  - E. Risiko mengembangkan ragu-ragu dan malu.
21. Laki-laki, 25 tahun, masuk RSJ sejak 1 hari yang lalu. Keluarga mengatakan bahwa klien hanya mengurung diri dikamar sejak 3 bulan yang lalu. Sebelum dibawa ke RSJ, klien hampir terjun dari kamarnya yang berada dilantai 2. Setelah kejadian itu klien selalu mengatakan ingin mengakhiri hidupnya. Apa diagnosis keperawatan jiwa yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Depresi
  - B. Harga diri rendah
  - C. Isolasi sosial
  - D. Ketidakberdayaan
  - E. Resiko bunuh diri
22. Laki-laki, 32 tahun, dirawat di RSJ selama satu minggu karena melempari kaca rumah tetangga. Pasien mengatakan ada yang menyuruh melempar tetangga karena jahat dan mengejek. Hasil pengkajian: bicara sendiri, menyendiri. Perawat membantu pasien mengenal halusinasi yang dialami, menjelaskan cara mengontrol halusinasi dan mengajarkan cara menghardik halusinasi. Apa implementasi keperawatan jiwa yang tepat selanjutnya?
- A. Menyusun jadwal latihan.
  - B. Melatih pasien minum obat.
  - C. Mengajarkan cara berkompromi.
  - D. Mengevaluasi jadwal kegiatan Latihan.
  - E. Mengajurkan bercakap-cakap dengan orang lain.
23. Perempuan, 32 tahun, dibawa ke RSJ oleh suaminya karena mengurung diri di kamar sejak 1 bulan yang lalu dan klien tidak mau berinteraksi dengan siapapun. Hasil pengkajian: klien terlihat sangat sedih, afek datar, dan menolak ketika

diajak beraktivitas oleh perawat. Apa masalah keperawatan yang tepat untuk kasus tersebut?

- A. Kesedihan
- B. Isolasi sosial
- C. Harga diri Rendah
- D. Berduka Kompleks
- E. Koping Individu tidak efektif

24. Laki-laki, 25 tahun, dirawat di RSJ sejak 5 hari yang lalu. Hasil pengkajian: klien sering tampak mondar-mandir di ruangan, ekspresi wajah tegang, mudah tersinggung, tangan sering mengepal, tatapan mata tajam, tidak kooperatif saat berkomunikasi. Klien mengatakan ada suara hati yang menghina dan membuatnya marah. Apa masalah keperawatan yang tepat kasus tersebut?

- A. Isolasi social.
- B. Perilaku kekerasan.
- C. Halusinasi pendengaran.
- D. Resiko perilaku kekerasan.
- E. Koping individu tidak efektif.

25. Perempuan, 24 tahun, warga desa A melakukan isyarat bunuh diri beberapa kali pada keluarga. Kader kesehatan jiwa desa kemudian melaporkan kejadian tersebut pada perawat jiwa komunitas penanggung jawab desa. Perawat menginstruksikan untuk membuat program pencegahan bunuh diri pada klien dengan memberdayakan kader serta keluarga. Apa kategori program yang dijalankan oleh perawat tersebut?

- A. promotive
- B. prevensi tersier
- C. prevensi primer
- D. prevensi khusus
- E. prevensi sekunder

# **PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN JIWA**

### 1. D. Harga diri rendah

Pasien merasa malu karena pernah tidak lulus sekolah, merasa tidak berguna dan mengecewakan keluarga. Pasien tampak murung dan sedih.

Prinsip penegakan masalah keperawatan jiwa adalah here and now. Pada kasus disebutkan hasil pengkajian didapatkan pasien merasa malu karena pernah tidak lulus sekolah, merasa tidak berguna dan mengecewakan keluarga. Selain itu, pasien tampak murung dan sedih. Hal tersebut dapat diasumsikan bahwa perawat melakukan pengkajian di sini dan saat ini, sehingga dapat dilihat bahwa data yang disebutkan mengarah kepada salah satu masalah keperawatan.

Adapun pilihan jawaban:

- A. Halusinasi tidak bisa ditegakkan karena tidak ada data yang mendukung.
- B. Isolasi sosial kurang tepat untuk ditegakkan karena data suka menyendiri di rumah dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain selain keluarganya merupakan alasan masuk.
- C. Risiko bunuh diri tidak bisa ditegakkan karena tidak ada data yang mendukung.
- D. Harga diri rendah dapat ditegakkan berdasarkan data merasa malu karena pernah tidak lulus sekolah, merasa tidak berguna dan mengecewakan keluarga, pasien tampak murung dan sedih.
- E. Defisit perawatan diri tidak bisa ditegakkan karena tidak ada data yang mendukung.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asuhan keperawatan jiwa diagnosis gangguan.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G, & Panjaitan, R. U. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Kedokteran.

### 2. E. Ditinggalkan oleh orang yang dicintai.

Pasien mengatakan ditinggalkan oleh suaminya delapan bulan yang lalu.

Terjadinya gangguan jiwa diawali dengan faktor predisposisi/ pendukung dan faktor presipitasi/ pencetus. Faktor predisposisi adalah faktor yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan untuk mengatasi stress yang terjadi dalam waktu >6 bulan. Faktor presipitasi adalah stimulus yang berasal dari internal dan eksternal yang mencakup waktu (berapa lama orang terpapar) dan jumlah stresor yang dialami dan terjadi dalam waktu

<6 bulan. Kedua faktor tersebut terdiri dari aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

Adapun pilihan jawaban:

- A. Sering melamun merupakan perilaku yang terlihat dari pasien saat pengkajian, bukan faktor predisposisi.
- B. Menarik diri dari orang lain merupakan perilaku yang terlihat dari pasien saat pengkajian, bukan faktor predisposisi.
- C. Diberhentikan dari pekerjaan terjadi satu bulan yang lalu atau dalam jangka waktu <6 bulan sebagai faktor pencetus, bukan faktor predisposisi.
- D. Suami menikah dengan sahabatnya terjadi tiga bulan lalu atau dalam jangka waktu <6 bulan sebagai faktor pencetus, bukan faktor predisposisi.
- E. Ditinggalkan oleh orang yang dicintai terjadi delapan bulan yang lalu termasuk dalam faktor predisposisi karena sudah terjadi >6 bulan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep pengkajian keperawatan jiwa.

Referensi: Stuart, G. W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (9th ed.). Mosby.

### **3. D. Ajarkan cara berinteraksi secara bertahap.**

Pasien mengatakan orang lain tidak ingin bicara dengan dirinya, afek datar, tidak ada kontak mata, singkat dalam menjawab pertanyaan dan menghindar jika didekati.

Pada kasus, pasien mengatakan orang lain tidak ingin bicara dengan dirinya, afek datar, tidak ada kontak mata, singkat dalam menjawab pertanyaan dan menghindar jika didekati. Data tersebut merupakan tanda dan gejala isolasi sosial. Oleh karena itu, perawat perlu memberikan intervensi dari masalah tersebut. Adapun pilihan jawaban:

- A. Bantu untuk orientasi realita merupakan tindakan keperawatan untuk waham
- B. Anjurkan untuk bercakap-cakap merupakan tindakan keperawatan untuk halusinasi
- C. Latih cara minum obat secara teratur merupakan tindakan keperawatan untuk halusinasi dan risiko perilaku kekerasan
- D. Ajarkan cara berinteraksi secara bertahap merupakan tindakan keperawatan untuk isolasi sosial

- E. Diskusikan kemampuan positif yang dimiliki merupakan tindakan keperawatan untuk harga diri rendah dan waham

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asuhan keperawatan jiwa diagnosis gangguan.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G, & Panjaitan, R. U. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. EGC Kedokteran.

#### 4. B. Berduka.

Pasien merasa tidak ada harapan lagi karena kondisi istrinya terus memburuk dan merasa bersalah karena tidak dapat menjaga istri dan calon anaknya dengan baik. Pasien terlihat sedih dan menangis.

Prinsip penegakan masalah keperawatan jiwa adalah here and now. Pada kasus disebutkan hasil pengkajian didapatkan pasien merasa tidak ada harapan lagi terhadap istrinya dan merasa bersalah karena tidak dapat menjaga istri dan calon anaknya dengan baik. Selain itu, pasien terlihat sedih dan menangis. Hal tersebut dapat diasumsikan bahwa perawat melakukan pengkajian di sini dan saat ini, sehingga dapat dilihat bahwa data yang disebutkan mengarah kepada salah satu masalah keperawatan.

Adapun pilihan jawaban:

- A. Ansietas tidak bisa ditegakkan karena tidak ada data yang mendukung.
- B. Berduka dapat ditegakkan berdasarkan data merasa tidak ada harapan lagi dan merasa bersalah. Selain itu, pasien terlihat sedih dan menangis.
- C. Keputusasaan tidak bisa ditegakkan karena tidak ada data yang mendukung.
- D. Harga diri rendah tidak bisa ditegakkan karena tidak ada data yang mendukung.
- E. Ketidakberdayaan tidak bisa ditegakkan karena tidak ada data yang mendukung.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asuhan keperawatan jiwa diagnosis risiko.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G, & Panjaitan, R. U. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. EGC Kedokteran.

### 5. B. Fidelity.

Perawat membuat kontrak kepada pasien untuk melaksanakan TAK esok hari. Keesokan harinya perawat datang tepat waktu dan melakukan TAK kepada pasien.

Pasien gangguan jiwa merupakan salah satu kelompok yang rentan mengalami pelanggaran hak asasi manusia. Sebagai upaya untuk melindunginya maka setiap tindakan harus memperhatikan prinsip etik seperti justice (berlaku adil), fidelity (menepati janji), veracity (mengatakan sejurnya), autonomy (tidak boleh memaksakan suatu tindakan), dan beneficence (setiap tindakan bermanfaat).

Adapun pilihan jawaban:

- A. Justice, pada kasus tidak ada data spesifik tentang berlaku adil.
- B. Fidelity dilakukan pada kasus karena disebutkan bahwa perawat membuat kontrak dengan pasien kemudian menepatinya.
- C. Veracity, pada kasus tidak ada data spesifik tentang perilaku jujur.
- D. Autonomy, pada kasus tidak ada data spesifik tentang tindakan menghargai otonomi.
- E. Beneficence, pada kasus tidak ada data spesifik tentang berbuat baik.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep etikolegal dalam keperawatan jiwa.

Referensi: Stuart, G. W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (9th ed.). Mosby.

### 6. B. Ansietas.

- A. Dari kasus diatas pasien tidak ada data tentang nyeri
- B. Kasus diatas pasien mengalami ansietas karena ada ancaman terhadap dirinya (ada Benjolan dipayudara) dengan tanda gejala fisiologis susah tidur, jantung berdebar-debar, sakit kepala dan gelisah, memikirkan apakah penyakitnya menyebar ke payudara kiri
- C. Kasus diatas tidak ada data yang menunjukkan kurang pengetahuan
- D. Kasus diatas perubahan pola tidur karena pasien merasa gelisah, jantung berdebar-debar tetapi tidak menjadi masalah utama
- E. Kasus diatas tidak ada ungkapan dari pasien yang mengatakan masalah harga diri rendah sitausional

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala ansietas.

Referensi: Keliat, dkk. 2020. Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC  
Keliat, B.A dan Pasaribu. 2016. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Singapura. Elsevier.

### 7. A. Isyarat.

- A. Kasus diatas menyatakan bahwa pasien masih menyatakan isyarat untuk melakukan bunuh diri dibuktikan dengan ingin mengikuti suami yang sudah meninggal
- B. Ancaman bunuh diri di identik dengan pasien yang mengancam dirinya untuk melakukan bunuh diri
- C. Percobaan bunuh diri merupakan kejadian yang sudah dilakukan atau sedang berlangsung untuk melakukan bunuh diri
- D. Secara verbal merupakan bentuk dalam komunikasi secara langsung
- E. Bunuh diri komplek tidak termasuk dalam pengkajian resiko bunuh diri

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang macam-macam bentuk dari resiko bunuh diri.

Referensi: Keliat, dkk. 2020. Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC  
Keliat, B.A dan Pasaribu. 2016. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Singapura. Elsevier.

### 8. D. Perilaku kekerasan.

- A. Berdasarkan kasus diatas tidak ada mencerminkan tanda dan gejala halusinasi.
- B. Berdasarkan kasus diatas tidak ada mencerminkan tanda dan gejala isolasi sosial.
- C. Berdasarkan kasus diatas tidak ada mencerminkan tanda dan gejala harga diri rendah.
- D. Perilaku kekerasan, merupakan perilaku yang mengancam diri, orang lain dan lingkungan dengan tanda gejala emosi labil, bicara kotor dan mengancam.
- E. Kasus diatas adalah masalah gangguan jiwa, bukan merupakan masalah psikologis, misalnya gangguan citra tubuh.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang macam-macam bentuk dari resiko perilaku kekerasan.

Referensi: Keliat, dkk. 2020. Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC

Keliat, B.A dan Pasaribu. 2016. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Singapura. Elsevier.

#### **9. A. Kecemasan.**

- A. Pada kasus tersebut pasien mengalami kecemasan, dengan tanda dan gejala identik dengan takut dan tingginya angka tanda-tanda vital
- B. Kasus diatas tidak ada mencerminkan ciri-ciri kehilangan, karena pasien belum di operasi
- C. Kasus diatas masih perencanaan operasi belum ada perubahan peran yang berrati
- D. d dan e pasien belum dilakukan Tindakan operasi dan tidak ada di tunjukkan untuk gangguan konsep diri

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang macam-macam bentuk dari kecemasan.

Referensi: Keliat, dkk. 2020. Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC

Keliat, B.A dan Pasaribu. 2016. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Singapura. Elsevier.

#### **10.D. Menjauhkan semua benda-benda berbahaya yang mengancam dirinya**

- A. Pada kasus diatas tidak ada Tindakan keperawatan pada resiko bunuh diri untuk meyakinkan dirinya penting.
- B. Pada kasus diatas memberikan kesempatan mengungkapkan perasaan meruoakan Tindakan keperawatan yang bukan utama.
- C. Melatih berfikir positif terhadap diri, keluarga dan lingkungan merupakan Tindakan keperawatan kedua.
- D. Menjauhkan benda-benda yang berbahaya merupakan Tindakan keperawatan yang utama pada pasien yang mengalami resiko bunuh diri.
- E. Tindakan minum obat merupakan Tindakan keperawatan pada pasien untuk pertemuan selanjutnya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang macam-macam bentuk dari resiko bunuh diri.

Referensi: Keliat, dkk. 2020. Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC

Keliat, B.A dan Pasaribu. 2016. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Singapura. Elsevier.

### **11.B. Anger.**

Pasien berbicara kasar, berteriak dan menyalahkan orang lain.

- A. Pilihan jawaban ini tidak tepat karena, denial ditandai dengan menolak, mengingkari peristiwa yang terjadi, tidak percaya itu terjadi, letih, lesu, mual, gelisah, tidak tahu apa yang akan dilakukan.
- B. Pilihan jawaban ini tepat karena, anger ditandai dengan melampiaskan kekesalan, nada suara tinggi, berteriak, bicara kasar, menyalahkan orang lain, agresif, tangan mengepal).
- C. Pilihan jawaban ini tidak tepat karena, depresi (ditandai dengan menolak makan dan bicara, menyatakan putus asa dan tidak berharga).
- D. Pilihan jawaban ini tidak tepat karena, bargaining (ditandai dengan berusaha kembali ke masa lalu, sering mengatakan "andai saja").
- E. Pilihan jawaban ini tidak tepat karena, acceptance (ditandai dengan menerima kenyataan kehilangan).

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tahapan berduka/kehilangan.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI

### **12.E. Defisit perawatan diri**

Badan kotor dan bau, rambut acak-acakan, dan menggaruk-garuk badan. Selama dirawat pasien belum mampu mandi secara mandiri.

- A. Halusinasi.  
Jawaban ini tidak tepat karena tidak ada data pasien terkait masalah halusinasi.
- B. Isolasi social.  
Jawaban ini kurang tepat karena hanya sedikit data pasien terkait isolasi sosial.
- C. Harga diri rendah.  
Jawaban ini tidak tepat karena tidak ada data pasien terkait masalah harga diri rendah.
- D. Perilaku kekerasan.  
Jawaban ini tidak tepat karena tidak ada data pasien terkait masalah perilaku kekerasan.
- E. Defisit perawatan diri.

Jawab ini tepat karena Defisit perawatan diri adalah kondisi dimana individu tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri, adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Kurang perawatan diri tampak ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan, berhias dan toileting (BAB/BAK).

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah –masalah keperawatan jiwa.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI.

### **13.C.Dapat berinteraksi dengan orang lain.**

Hasil pengkajian: kontak mata kurang, mengangguk dan menggelengkan kepala saat ditanya dan menyendiri.

Pada kasus diatas pasien dengan masalah isolasi sosial karena data saat ini kontak mata kurang, hanya mengangguk dan menggelengkan kepala saat ditanya. Sehingga tujuan tindakan keperawatan adalah pasien mampu melakukan interaksi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tujuan tindakan keperawatan jiwa.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI.

### **14.C. Mengenal masalah defisit perawatan diri.**

Perawat menjelaskan tentang pentingnya kebersihan diri.

Pada kasus diatas, perawat hanya menjelaskan tentang kebersihan diri. Hasil dari tindakan perawat tersebut, pasien mampu memahami dan mengenal masalah defisit perawatan diri. Option yang lain tercapai setelah pasien mengenal masalahnya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang strategi pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI

### **15.E. Pasien mengenal aspek positif yang dimiliki.**

Hasil pengkajian: ungkapan malu keluar rumah, kontak mata kurang, kepala menunduk.

Pilihan a kurang tepat karena tidak spesifik mengatasi HDR.

Pilihan b tepatnya untuk masalah perilaku kekerasan.

Pilihan c untuk mengatasi masalah isolasi sosial.

Pilihan d untuk mengatasi ,asalah gangguan citra tubuh.

Pilihan e jawan yang tepat kaerna kasus diatas, tanda dan gejala mayor dari harga diri rendah adalah pasien menyatakan malu dengan keadaan tubuh saat ini. Pasien tidak mau melakukan kegiatan apapun , memunduk dan murung. Tindakan keperawatan berfokus pada kriteria hasil untuk meningkatkan harga diri pasien yaitu mengenal aspek positif yang dimiliki.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali kriteria evaluasi keperawatan jiwa.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI

### **16.D. Latih mengembangkan pikiran dan harapan positif.**

Tidak mampu bekerja, tidak mampu untuk merawat diri seperti mandi sendiri, BAB & BAK. Hasil Pengkajian: murung, bicara lambat, sering tidur, apatis dan pasif.

- A. Pasien tidak mengalami kecemasan sehingga tidak diperlukan melatih pasien melakukan teknik napas dalam.
- B. Perawat sudah mnanyakan kegiatan yang masih bisa dilakukan pasien
- C. Perawat sudah mendiskusikan ke pasien tentang perasaan negatif yang dimiliki nya
- D. Setelah mendiskusikan pemikiran negatif pasien, kita harus melatih pasien dalam mengembangkan pikiran dan harapan positif yang dimiliki oleh pasien.
- E. Pemberian semangat setelah pasien sudah hilang rasa ketidakberdayaan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan psikososial tentang ketidakberdayaan.

Referensi: Nurlela, L, dkk. 2023. Keperawatan Jiwa. Jambi: Sonpedia Publishing Indonesia.

Stuart, G. 2021. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Edisi 11. Singapore: Elsevier.

**17.E. Membantu pasien mengenal penyebab, tanda dan gejala, akibat, perilaku kekerasan yang dilakukan dan akibat perilaku kekerasan.**

- A. Bukan tindakan pertama dilakukan untuk pasien.
- B. Semua pasien harus membina hubungan saling percaya terlebih dahulu.
- C. Bukan tindakan pertama dilakukan untuk pasien.
- D. Bukan tindakan pertama dilakukan untuk pasien
- E. Sebelum memberikan intervensi kep, kita harus melakukan identifikasi terhadap perilaku kekerasan pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang askep jiwa pada pasien perilaku kekerasan.

Referensi: Nurlela, L, dkk. 2023. Keperawatan Jiwa. Jambi: Sonpedia Publishing Indonesia.

Stuart, G. 2021. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Edisi 11. Singapore: Elsevier

**18.C. Mengatasi masalah fisik akibat percobaan bunuh diri.**

Telah mencoba mengakhiri hidupnya dengan cara memotong nadi di tangan kiri menggunakan pisau silet. Tindakan pasien tersebut segera diketahui dan digagalkan oleh ibunya. Pasien tidak sadarkan diri. Hasil Pengkajian: terdapat luka sayat pada pergelangan tangan pasien.

- A. Semua pasien yang dirawat harus di pantau tanda-tanda vitalnya.
- B. Pada pasien percobaan bunuh diri, seharusnya jauhkan dirinya dengan benda berbahaya tetapi pada kasus ini pasien tidak sadarkan diri akibat luka sayatan di pergelangan tangannya.
- C. Langkah pertama, kita harus menyelamatkan nyawa pasien dengan melakukan penghentian darah di pergelangan tangan terlebih dahulu akibat percobaan bunuh diri pasien sehingga pasien tidak kehilangan darahnya.
- D. Semua pasien harus melakukan hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga.
- E. Hal ini boleh dilakukan untuk mengetahui penyebab pasien melakukan percobaan bunuh diri.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang askek jiwa pada pasien resiko bunuh diri.

Referensi: Stuart, G. (2021). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Edisi 11. Singapore: Elsevier.

#### **19.C. Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga.**

Pasien tampak dipasung dan ditempatkan di belakang rumah oleh keluarganya. Keluarga mengatakan pasien sudah dipasung sejak 10 tahun yang lalu dengan alasan pasien selalu mengamuk, pernah memukul tetangga dan membanting barang-barang. Keluarga merasa khawatir jika tidak dipasung, pasien akan melukai orang dan pergi dari rumah.

- A. Keluarga harus dibujuk dulu, tidak boleh dilepas pasung secara paksa. Jika keluarga terpaksa, maka keluarga akan memberontak.
- B. Harus ada kerja sama lintas sektor seperti RT, RW terlebih dahulu, lalu lintas program yaitu dinas kesehatan.
- C. Membujuk keluarga dengan memberikan edukasi agar keluarga mau melepaskan pasien pasung.
- D. Tidak boleh menyalahkan keluarga, tetapi harus diberikan edukasi dalam merawat pasien gangguan jiwa.
- E. Tidak boleh dilakukan pasung karena pasien gangguan jiwa memiliki hak asasi manusia.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang askek jiwa dan mengetahui hak asasi manusia.

Referensi: Sunanita, 2022. Monograf Deteksi Dini Kesehatan Jiwa Keluarga berbasis Community Mental Health Nursing. Pekalongan: Nasya Expanding Management (NEM).

Keliat, Budi A.dkk, 2013. Manajemen Keperawatan Psikososial & Kader Kesehatan Jiwa. Jakarta: EGC.

#### **20.C. Risiko harga diri rendah.**

Penurunan prestasi disekolahnya seperti malas belajar, tidak menuruti perintah guru dan ortu, tidak mau mengerjakan tugas sekolah dan tidak mau terlibat dalam kegiatan kelompok di sekolah. Hasil pengkajian: murung, tidak mau menceritakan masalahnya dan tidak mau berinteraksi dengan temannya.

Pada kasus diatas bahwa pasien mengalami risiko/penyimpangan pada anak sekolah karena pasien berusia 9 tahun.

- A. Diagnosa keperawatan pada anak sekolah mengalami potensial/normal pada usia sekolah.
- B. Diagnosa keperawatan pada anak sekolah mengalami risiko/penyimpangan pada usia prasekolah.
- C. Diagnosa keperawatan pada anak sekolah mengalami risiko/penyimpangan pada anak usia sekolah.
- D. Diagnosa keperawatan pada anak sekolah mengalami potensial/normal pada remaja.
- E. Diagnosa keperawatan pada anak sekolah mengalami risiko/penyimpangan pada *toddler*.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan psikososial.

Referensi: Keliat, Budi A.dkk, 2013. Manajemen Keperawatan Psikososial & Kader Kesehatan Jiwa. Jakarta: EGC

## 21.E. Resiko Bunuh Diri.

- Keluarga mengatakan Klien Mengurung diri diri dkamar sejak 3 bulan yang lalu.
- A. Depresi adalah yang mendalam dan kehilangan minat terhadap hal-hal yang disukai. Seseorang dinyatakan mengalami depresi jika sudah 2 minggu merasa sedih, putus harapan, atau tidak berharga.
  - B. Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri.
  - C. Isolasi sosial keadaan ketika individu atau kelompok mengalami atau merasakan kebutuhan atau keinginan untuk meningkatkan keterlibatan dengan orang lain tetapi tidak mampu untuk membuat kontak.
  - D. Ketidakberdayaan adalah persepsi atau tanggapan klien bahwa perilaku atau tindakan yang sudah dilakukannya tidak akan membawa hasil seperti yang diharapkan atau tidak akan membawa perubahan hasil seperti yang diharapkan, sehingga klien sulit mengendalikan situasi yang akan terjadi.
  - E. Bunuh diri adalah suatu keadaan dimana individu mengalami resiko untuk menyakiti diri sendiri atau melakukan tindakan yang dapat mengancam nyawa. Perilaku bunuh diri dibagi menjadi 3 kategori: Upaya bunuh diri, Isyarat bunuh diri, dan Ancaman bunuh diri.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnose gangguan jiwa.

Referensi: Sutejo, Ns 2019 Buku Keperawatan jiwa, Pustaka Baru Press. Yogyakarta

## 22.A. Menyusun jadwal Latihan.

Aktifitas yang dibantu oleh perawat.

### a. Intervensi masalah keperawatan jiwa dengan halusinasi pada pasien meliputi:

SP 1 pasien:

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

### b. SP 2 Pasien:

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

### c. SP 4 Pasien:

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

### d. SP 4 Pasien:

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien (menghardik, kepatuhan minum obat, dan bercakapcakap).
2. Melatih pasien melakukan aktifitas harian.
4. Menyusun jadwal kegiatan aktifitas harian.

### e. SP 3 Pasien:

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

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnose gangguan jiwa.

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

### 23.B. Isolasi Sosial

klien mengurung diri di kamar sejak 1 bulan yang lalu dan klien tidak mau berinteraksi dengan siapapun

- A. Kesedihan adalah respon alami seseorang merasa kehilangan
- B. Isolasi sosial adalah keadaan ketika individu atau kelompok mengalami atau merasakan kebutuhan atau keinginan untuk meningkatkan keterlibatan dengan orang lain tetapi tidak mampu untuk membuat kontak.
- C. Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri
- D. Berduka Kompleks merupakan kondisi dimana individu atau keluarga mengalami respon alamiah yang melibatkan reaksi psikososial dan psikologis terhadap kehilangan yang dirasakan
- E. Koping Individu tidak efektif adalah ketidakmampuan untuk membentuk penilaian yang valid terhadap penyebab stress

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnose gangguan jiwa.

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

### 24.D. Resiko Perilaku Kekerasan

Ekspresi wajah tegang, mudah tersinggung, tangan sering mengepal, tatapan mata tajam dan tidak kooperatif saat berkomunikasi

- A. Isolasi Sosial adalah keadaan ketika individu atau kelompok mengalami atau merasakan kebutuhan atau keinginan untuk meningkatkan keterlibatan dengan orang lain tetapi tidak mampu untuk membuat kontak.
- B. Perilaku Kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis.
- C. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak ada.
- D. Resiko perilaku kekerasan adalah suatu respon terhadap perasaan terancam adimana individu mengekspresikan nya dengan melakukan tindakan mengancam, mencederai orang lain atau menganggu lingkungan.
- E. Koping Individu tidak efektif adalah ketidakmampuan untuk membentuk penilaian yang valid terhadap penyebab stress

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis gangguan jiwa.

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

### **25.C. Prevensi primer.**

Program pencegahan bunuh diri.

- A. Promotif ditujukan pada klien agar tetap berada dalam kondisi sejahtera mental dan jiwa.
- B. Prevensi tersier berperan dalam memanajemen kasus klien dengan gangguan jiwa agar menjadi produktif.
- C. Prevensi primer dalam keperawatan jiwa ditujukan untuk mencegah terjadinya risiko gangguan jiwa.
- D. Prevensi khusus merupakan istilah prevensi yang ditujukan untuk narapidana agar individu jera. Istilah ini tidak digunakan dalam keperawatan jiwa.
- E. Prevensi sekunder dalam keperawatan jiwa ditujukan agar perawat memanajemen kasus klien dengan gangguan sehingga klien dapat merawat dirinya sendiri

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang peran perawat jiwa.

Referensi: Stuart, Gail W. 2013. Principles and Practice of Psychiatric Nursing Tenth Edition. Missouri: Elsevier

Townsend, Mary C. 2015. Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia: F.A Davis Company



**SOAL**  
**KEPERAWATAN KELUARGA**

1. Perawat melakukan kunjungan rumah, didapatkan perempuan 35 tahun mengeluh batuk berdahak lebih dari 1 bulan, napas 26x/menit, suhu 36,7°C, BB 50kg, TB 150cm, sering berkeringat pada malam hari dan nafsu makan berkurang. Hasil anamnesis: Klien pernah didiagnosis penderita Tuberculosis Paru, berhenti minum obat setelah 3 bulan pengobatan karena merasa sudah sembuh. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
  - A. Keletihan
  - B. Defisit nutrisi
  - C. Ketidakpatuhan
  - D. Defisit pengetahuan
  - E. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif
2. Perawat melakukan kunjungan rumah pada salah satu keluarga baru menikah. Hasil pengkajian: istrinya hamil 6 minggu, belum pernah memeriksakan kesehatan dengan alasan tidak ada keluhan apapun selama ini. Perawat memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya melakukan pemeriksaan kesehatan selama kehamilan. Apa peran keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
  - A. *Educator*
  - B. *Fasilitator*
  - C. *Counselor*
  - D. *Care Provider*
  - E. *Health Monitor*
3. Perawat melakukan kunjungan rumah pada salah satu keluarga yang baru terdiagnosa *Tuberculosis* Paru berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium. Perawat memberikan penjelasan secara rinci mengenai upaya perawatan, cara minum obat, cara pencegahan penularan, perawat menyampaikan siap menjadi fasilitator jika keluarga mengalami kesulitan dalam menggunakan fasilitas kesehatan yang ada. Apa prinsip etik yang telah dilakukan oleh perawat?
  - A. Justice
  - B. Veracity
  - C. Autonomi
  - D. Beneficence
  - E. Confidentiality
4. Perawat mengunjungi rumah, didapatkan seorang laki-laki, 60 tahun, riwayat hipertensi sejak 9 bulan lalu, gejala semakin memberat, tinggal sendiri karena

istrinya sudah meninggal dunia, anak-anaknya sudah berkeluarga. Keluarga mengalami kesulitan untuk memulihkan kondisi kesehatan klien karena keluarga dan klien belum sepenuhnya memahami masalah kesehatan yang diderita, klien dan keluarga sama-sama banyak menghabiskan waktu bekerja diluar rumah untuk mencari nafkah. Apa fokus diagnosis keperawatan pada kasus diatas?

- A. Ketidakpatuhan
  - B. Defisit pengetahuan
  - C. Kesiapan peningkatan pengetahuan
  - D. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif
  - E. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
5. Perawat mengunjungi rumah, didapatkan seorang perempuan, 55 tahun, dengan hipertensi. Perawat memberikan penjelasan bahwa hipertensi harus dikendalikan dengan minum obat secara teratur sesuai dengan yang dianjurkan dokter, tetapi klien menolak pengobatan yang dianjurkan dan memilih untuk menggunakan terapi komplementer yang telah turun menurun dalam keluarganya. Perawat mempersilahkan asalkan tekanan darahnya bisa terkontrol dengan baik. Apa prinsip etik yang telah dilakukan oleh perawat?
- A. Justice
  - B. Veracity
  - C. Autonomi
  - D. Beneficence
  - E. Confidentiality
6. Perawat mengunjungi rumah, didapatkan seorang perempuan 30 tahun, mempunyai batita laki-laki. Klien mengatakan anak sering mengalami pilek, batuk, sesak napas berulang. Klien sudah membawa anak ke dokter namun penyakitnya kambuh kembali. Hasil observasi: rumah tampak gelap, berdebu, berantakan. Suami klien merokok di dalam rumah. Apa tugas kesehatan keluarga yang belum terpenuhi pada kasus tersebut?
- A. Melakukan pemanfaatan fasilitas kesehatan.
  - B. Mengenal masalah kesehatan setiap anggota keluarga.
  - C. Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
  - D. Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat.
  - E. Melakukan modifikasi lingkungan yang menguntungkan kesehatan.

7. Perawat mengunjungi rumah, didapatkan seorang perempuan 35 tahun, mempunyai anak balita. Klien mengatakan anaknya sering mengalami gatal-gatal saat mengkonsumsi telur dan *seafood*, anak tidak menyukai sayur. Klien belum pernah membawa anak ke Puskesmas. Klien bertanya tentang penyakit anak dan bingung dengan masalah yang dialami saat ini. Apa intervensi prioritas yang harus dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- A. Menganjurkan modifikasi lingkungan untuk mencegah alergi
  - B. Mengajarkan ibu penyusunan menu makanan sehat
  - C. Pendidikan kesehatan tentang gizi seimbang
  - D. Demonstrasi herbal untuk mengatasi alergi
  - E. Edukasi pengenalan masalah alergi
8. Perawat mengunjungi rumah, didapatkan seorang perempuan 40 tahun, tinggal bersama suami, dua orang anak laki-laki 9 tahun dan 7 tahun. Klien mengatakan setiap hari ia dan suami bekerjasama mengajarkan anak ilmu agama dan nilai-nilai pendidikan dalam keluarga. Pekerjaan rumah tangga dibantu oleh asisten rumah tangga, namun untuk pengasuhan anak sepenuhnya dilakukan oleh klien dan suami. Apa fungsi keluarga yang sudah dilaksanakan pada kasus tersebut?
- A. Afektif
  - B. Ekonomi
  - C. Sosialisasi
  - D. Reproduksi
  - E. Perawatan kesehatan

# **PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN KELUARGA**

### 1. C. Ketidakpatuhan

Fokus pada pertanyaan, dan data "Klien pernah didiagnosis menderita Tubercolusis Paru, berhenti minum obat setelah 3 bulan pengobatan"

- A. Jawaban A Keletihan kurang tepat, tidak ada data yang menyatakan klien mengalami penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.
- B. Jawaban B Defisit nutrisi kurang tepat, karena berat badan klien masih dalam katagori ideal. Tidak ditemukan data penurunan BB minimal 10%.
- C. Jawaban C Kepatuhan tepat. Kasus menunjukkan bahwa klien masih mengalami indikasi gejala penyakit Tubercolusis Paru. Selain itu terdapat data yang menerangkan bahwa klien putus obat. Prosedure pengobatan Tubercolusis Paru adalah minum obat setiap hari setiap hari pada Fase intensif (2-3 bulan) dan fase lanjutan (4-7 bulan).
- D. Jawaban D Defisit pengetahuan kurang tepat, tidak ada data mayor yang menyatakan klien tidak/kurang memahami masalah yang sedang dialami.
- E. Jawaban E Pemeliharaan kesehatan tidak efektif kurang tepat, tidak ditemukan data gejala dan tanda mayor ataupun minor seperti kurang menunjukkan perilaku adaftif terhadap perubahan lingkungan, kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku sehat, tidak mampu menjalankan perilaku sehat. Atau data minor seperti memiliki riwayat perilaku mencari bantuan kesehatan yang kurang, kurang menunjukkan minat untuk meningkatkan perilaku sehat dan tidak memiliki system pendukung (support system).

Mahasiswa diharapkan memperlajari kembali tentang prosedur pengobatan pada penderita Tubercolusis Paru.

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

Widoyono (2011). Penyakit Tropis (Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya). Edisi Kedua. Jakarta: Erlangga Medical Series

Ns. Aneng Yuningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.K

### 2. A. Educator.

Fokus pada pertanyaan, dan data "Perawat memberikan intervensi pendidikan kesehatan".

Kasus tersebut menunjukkan bahwa pada saat perawat melakukan kunjungan rumah memberikan pendidikan kesehatan (edukasi) pada pasangan baru menikah. Berikut beberapa peran perawat:

- A. Edukator (memberikan edukasi yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan merubah perilaku kesehatan).
- B. Fasilitator (perawat menjadi penghubung dalam membantu menyelesaikan masalah kesehatan di wilayah binaan terkait penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan).
- C. Counselor (pemberian konseling/ diskusi khusus dengan keluarga yang memiliki masalah kesehatan tertentu dan membutuhkan solusi khusus).
- D. Care provider (pemberian layanan kesehatan pada saat pelaksanaan posyandu atau creening kesehatan di wilayah binaan).
- E. Health monitor (peran perawat dalam memberikan pemantauan kondisi kesehatan suatu wilayah binaan karena adanya masalah atau alasan tertentu).

Mahasiswa diharapkan memperlajari kembali tentang peran perawat.

Referensi: Keperawatan Komunitas dan Keluarga, edisi Indonesia pertama, oleh Junaiti Sahar, Agus Setiawan & Ni Made Riasmini. Hak Cipta 2019 Elsevier Singapore Pte. Ltd

### **3. D. Benefience.**

"Perawat berbuat baik dengan: memberikan penjelasan secara rinci mengenai upaya perawatan, pengobatan dan pencegahan penularan, dan perawat siap menjadi fasilitator jika keluarga mengalami kesulitan".

Kasus tersebut menunjukkan bahwa perawat melakukan beberapa peran diantaranya sebagai educator (memberikan penjelasan secara rinci tentang Penyakit) dan sebagai fasilitator. Hal tersebut menunjukkan bahwa perawat telah berbuat baik pada klien dan keluarga binaan. Tindakan-tindakan tersebut sangat bermanfaat dalam mengatasi masalah yang sedang dialami klien TB Paru.

- A. Justice (Berbuat adil)
- B. Veracity (Kejujuran)
- C. Autonomy (Menghormati klien dan keluarga)
- D. Benefience (Manfaat)
- E. Confidentiality (kerahasiahan)

Mahasiswa diharapkan memperlajari kembali tentang: Prinsip Etik Keperawatan.

Referensi: Aziz Mangara, dkk. 2021. Etika Keperawatan (Buku Praktis Menjadi Perawat Profesional). Penerbit Adab: Indramayu

### **4. E. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif**

"Klien dan keluarga mengalami kesulitan untuk memulihkan kondisi kesehatan klien"

Fokus pada pertanyaan, yang ditanyakan adalah "Apa focus diagnosa keperawatan pada kasus diatas?"

Dalam kasus dinyatakan bahwa: Selama ini klien dan keluarga mengalami kesulitan untuk memulihkan kondisi kesehatan klien karena keluarga dan klien belum sepenuhnya memahami masalah kesehatan yang diderita, selain itu klien dan keluarga sama-sama bekerja diluar rumah untuk mencari nafkah. Salah satu tanda gejala dari diagnosis keperawatan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif adalah: mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang telah ditetapkan; gejala penyakit yang semakin memberat.

- A. Jawaban A Ketidakpatuhan kurang tepat karena, klien rutin minum obat dan cek tekanan darah sebulan sekali.
- B. Jawaban B Defisit pengetahuan kurang tepat, tidak ada data mayor yang menyatakan klien tidak/kurang memahami masalah yang sedang dialami. Klien dan keluarga sedang berusaha beradaftasi dengan keadaan.
- C. Jawaban C Kesiapan peningkatan pengetahuan kurang tepat, dalam kasus tidak ada informasi data yang mengungkapkan perkembangan informasi kognitif, tidak ada ungkapan minat dan bakat belajar, ataupun informasi yang menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topic yaitu hipertensi.
- D. Jawaban D Pemeliharaan kesehatan tidak efektif kurang tepat, dalam kasus tidak ditemukan data gejala dan tanda mayor ataupun minor seperti kurang menunjukkan perilaku adatif terhadap perubahan lingkungan, kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku sehat, tidak mampu menjalankan perilaku sehat. Atau data minor seperti memiliki riwayat perilaku mencari bantuan kesehatan yang kurang, kurang menunjukkan minat untuk meningkatkan perilaku sehat dan tidak memiliki system pendukung (support system).
- E. Jawaban E Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif tepat, dalam soal dijelaskan adanya data mayor: klien dan keluarga mengalami kesulitan untuk memulihkan kondisi kesehatan klien karena keluarga dan klien belum sepenuhnya memahami masalah kesehatan yang diderita, selain itu klien dan keluarga sama-sama banyak menghabiskan waktu bekerja diluar rumah untuk mencari nafkah.

Mahasiswa diharapkan memperlajari kembali tentang definisi diagnostic keperawatan.

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

### 5. C. Autonomi.

"klien menolak pengobatan yang dianjurkan dan memilih untuk menggunakan terapi komplementer yang telah turun menurun dalam keluarganya".

Kasus tersebut menunjukkan bahwa perawat melakukan beberapa peran diantaranya sebagai educator (memberikan penjelasan secara rinci tentang anjuran minum obat secara teratur). Akan tetapi klien menolak dan lebih memilih untuk melakukan pengobatan mandiri dengan terapi komplementer. Perawat mengijinkan asalkan tekanan darahnya dapat terkontrol.

- A. Justice (Berbuat adil)
- B. Veracity (Kejujuran)
- C. Autonomy (Menghormati klien dan keluarga)
- D. Beneficence (Manfaat)
- E. Confidentiality (kerahasiahan)

Mahasiswa diharapkan memperlajari kembali tentang: Prinsip Etik Keperawatan.

Referensi: Aziz Mangara, dkk. 2021. Etika Keperawatan (Buku Praktis Menjadi Perawat Profesional). Penerbit Adab: Indramayu.

### 6. E. Melakukan modifikasi lingkungan yang menguntungkan kesehatan.

Hasil observasi: rumah tampak gelap, berdebu dan berantakan. Suami klien merokok di dalam rumah.

- A. Pada soal disebutkan bahwa keluarga sudah membawa anak ke dokter namun penyakitnya kambuh kembali
- B. Opsi ini juga kurang tepat. Keluarga sudah mendapatkan pengetahuan terkait penyakit karena anak sudah dibawa ke dokter
- C. Keluarga sudah cara merawat penyakit anak karena penyakitnya yang sudah berulang
- D. Opsi ini juga kurang tepat karena keluarga sudah melakukan tugas kesehatan ini dengan baik
- E. Pada soal disebutkan bahwa keluarga sudah mendapatkan pengetahuan terkait penyakit, sudah membawa anak ke dokter dan mendapatkan pengobatan, namun kondisi lingkungan rumah kurang mendukung penyembuhan anak sehingga penyakitnya kambuh kembali. Sehingga opsi ini merupakan jawaban yang paling tepat.

Referensi: Friedman. M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, teori dan praktik. (Ed. 5). EGC : Jakarta

## 7. E. Edukasi pengenalan masalah alergi.

Kalimat terakhir: Klien bertanya tentang penyakit anak dan bingung dengan masalah yang dialami saat ini.

- A. Opsi ini kurang tepat karena tidak ada informasi yang menunjukkan klien tidak mampu melakukan modifikasi lingkungan
- B. Opsi ini penting namun bukan opsi yang menjadi prioritas
- C. Opsi ini juga penting namun bukan yang utama. Edukasi terkait gizi seimbang dapat diajarkan setelah keluarga mengenal tentang masalah kesehatan yang sedang dialaminya
- D. Opsi ini juga kurang tepat karena keluarga belum mengenal masalah alergi
- E. Opsi jawaban ini yang paling tepat karena keluarga terlebih dahulu harus mengenal masalah alergi, yaitu mengetahui tentang definisi, tanda gejala, penyebab, cara pencegahan serta edukasi tentang makanan pemicu alergi.

Referensi: Friedman. M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, teori dan praktik. (Ed. 5). EGC : Jakarta

## 8. C. Sosialisasi.

Pengasuhan anak sepenuhnya dilakukan oleh klien dan suami.

- A. Fungsi afektif menunjukkan kedekatan, kasih sayang dan kehangatan dalam keluarga.
- B. Fungsi ekonomi menunjukkan sejauh mana keluarga dapat memenuhi kebutuhan ekonomi berupa sandang, pangan dan papan.
- C. Fungsi sosialisasi ini menunjukkan bagaimana pengasuhan anak di dalam keluarga, pengajaran nilai-nilai serta sosialisasi dalam keluarga.
- D. Fungsi reproduksi menunjukkan bagaimana perencanaan keluarga terkait kelahiran anak, pembatasan kelahiran, KB, dan sebagainya.
- E. Fungsi perawatan kesehatan: menunjukkan bagaimana upaya perawatan yang dilakukan untuk mengobati dan menghindari kondisi sakit pada anggota keluarga.

Referensi: Nies, M. A., & McEwen, M. (2015). Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga. (Edisi Indonesia Pertama). Elsevier : Singapore

**SOAL**  
**KEPERAWATAN KOMUNITAS**

1. Pengkajian di suatu Desa bulan April 2023 terjadi kasus DBD 15%, 3 bulan yang lalu jumlah kasus DBD 20%. Hasil pengamatan di depan rumah tampak genangan air pada bak-bak penampungan dan kaleng-kaleng bekas. Apa Tindakan prioritas untuk mangatasi masalah pada kasus tersebut?
  - A. Melakukan P3M.
  - B. Melakukan pendidikan kesehatan.
  - C. Melakukan fogging di lingkungan desa.
  - D. Membersihkan lingkungan bersama sama warga di masyarakat.
  - E. Melindungi masyarakat dari gigitan nyamuk dengan lotion anti nyamuk.
2. Perawat melakukan pengkajian di suatu wilayah diperoleh data: kasus diare anak 35% pada 1 bulan terakhir, 40 % keluarga tidak pernah mencuci tangan sebelum makan, 45 % penyajian makan tidak pernah ditutup. Hasil observasi lingkungan kotor, banyak lalat yang keluar masuk rumah penduduk. Apa diagnosis Keperawatan paling benar kasus tersebut?
  - A. Defisit kesehatan komunitas.
  - B. Koping komunitas tidak efektif.
  - C. Manajemen kesehatan tidak efektif.
  - D. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif.
  - E. Resiko tinggi terjadinya penyakit menular: diare.
3. Pengkajian di suatu desa terdapat 40% lansia, 12 orang diantaranya mengeluh haus, lapar terus, buang air kecil terus, berat badan menurun drastis. Perawat merencanakan akan melakukan *screening* untuk menjaring lansia yang menderita penyakit DM, akan bekerjasama dengan pihak puskesmas dalam penyediaan alat pemeriksa gula darah. Apa strategi intervensi keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
  - A. Kemitraan
  - B. Proses kelompok
  - C. Tindakan mandiri
  - D. Pendidikan kesehatan
  - E. Pemberdayaan Masyarakat
4. Pengkajian pada suatu Posbindu terdapat 70% dari 60 lansia mengalami hipertensi. Perawat bersama sama lansia akan melakukan relaksasi napas dalam untuk menurunkan ketegangan sehingga diharapkan tekanan darahnya stabil. Apa peran yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?
  - A. *educator*

- B. *advocator*  
C. *care giver*  
D. *role model*  
E. *colaborator*
5. Pengkajian di suatu Desa ditemukan kasus Scabies 80%, masyarakat menganggap bahwa penyakit tersebut merupakan hal biasa. Sehingga banyak masyarakat yang tidak melakukan upaya kesehatan. Apa tindakan Keperawatan prioritas untuk mengatasi masalah pada kasus tersebut?
- A. Pendidikan Kesehatan.  
B. Melakukan personal hygiene.  
C. Lakukan pembersihan lingkungan.  
D. Berikan gizi tambah pada masyarakat beresiko.  
E. Biarkan bila masalah tidak dirasakan oleh masyarakat.
6. Pengkajian di suatu desa, terdapat kebiasaan warga membuang sampah di sungai, warga sering BAB di sungai, kegiatan anak-anak mandi di sungai di sore hari, 60% warga tidak cuci tangan sebelum makan. 65% penerapan PHBS belum benar. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Defisit kesehatan komunitas.  
B. Koping komunitas tidak efektif.  
C. Manajemen kesehatan tidak efektif.  
D. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif.  
E. Perilaku kesehatan cenderung beresiko.
7. Mahasiswa profesi ners melakukan pengkajian disuatu wilayah, hasil wawancara dengan perawat penanggung jawab wilayah binaan didapatkan data 35% masyarakat hipertensi, 40% rematik, 25% diabetes mellitus, 45% lansia rutin mengikuti kegiatan posbindu. Apa jenis data yang sedang dikaji oleh mahasiswa?
- A. Statistik vital  
B. Inti komunitas  
C. Persepsi perawat  
D. Pelayanan kesehatan  
E. Subsistem komunitas

8. Hasil pengkajian disuatu wilayah terdapat peningkatan kejadian Hepatitis, sampai saat ini belum ada solusi untuk mengatasi masalah ini. Perawat melibatkan anggota masyarakat mengidentifikasi isu masalah, membuat intervensi, implementasi dan pengembangan jaringan kesehatan untuk mengatasi kasus tersebut. Apa kriteria hasil yang diharapkan dari kasus tersebut?
- A. Ketersediaan program promosi
  - B. Kemampuan peningkatan kesehatan
  - C. Pencapaian pengendalian kesehatan
  - D. Menunjukkan pemahaman perilaku sehat
  - E. Mampu melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko
9. Perawat puskesmas melakukan kunjungan rumah pada seorang pria 50 tahun, mengalami uklus dekubitus *post stroke*. Perawat saat ini sedang melakukan perawatan *ulcus decubitus*. Apa peran perawat yang sedang dijalankan pada kasus tersebut?
- A. Konselor
  - B. Edukator
  - C. Advokator
  - D. Kolaborator
  - E. Pelaksana Asuhan Keperawatan
10. Perawat melakukan penyuluhan di sebuah desa tentang diet hipertensi dan demonstrasi senam anti hipertensi pada kelompok penderita dengan tujuan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Apa bentuk upaya pencegahan kesehatan yang sedang dilakukan oleh perawat tersebut?
- A. Primer
  - B. Tersier
  - C. Sekunder
  - D. Tindakan kuratif
  - E. Pendidikan kesehatan
11. Pengkajian di suatu kota sangat endemis demam berdarah. Tahun lalu tercatat ada 536 orang menderita DBD, 23 orang diantaranya meninggal dunia. Perawat komunitas merumuskan tujuan untuk pendidikan kesehatan terkait penggunaan nyamuk *Wolbachia*. Apa pernyataan tujuan yang paling tepat untuk mencapai hasil kasus tersebut?

- A. Memperkenalkan vaksin baru untuk mengatasi demam berdarah.
- B. Meningkatkan jumlah nyamuk Aedes aegypti di wilayah komunitas.
- C. Menyelenggarakan pameran seni untuk meningkatkan kesadaran masyarakat.
- D. Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang *Wolbachia* sebesar 20% dalam 6 bulan.
- E. Mengurangi partisipasi masyarakat dalam program pencegahan demam berdarah.
12. Selama pelaksanaan pendidikan kesehatan tentang pentingnya penggunaan nyamuk *Wolbachia* untuk menangani demam berdarah, perawat komunitas memutuskan untuk menyelenggarakan lokakarya interaktif tentang nyamuk *Wolbachia*. Apa langkah-langkah paling tepat untuk memastikan keberhasilan lokakarya kasus tersebut?
- A. Memberikan materi tanpa keterlibatan aktif masyarakat.
- B. Membuat sesi tanya jawab untuk mendorong partisipasi aktif.
- C. Menyediakan makanan dan hiburan sebagai fokus utama lokakarya.
- D. Tidak melibatkan ahli entomologi karena dapat membuat peserta bingung.
- E. Menjaga durasi lokakarya agar sebentar untuk menghindari kelelahan peserta.
13. Seorang siswa kelas 5 SD baru mendapatkan pelajaran dari guru kesehatannya tentang pentingnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di sekolah. Siswa tersebut sangat tertarik dan ingin menerapkan apa yang telah diajarkan di sekolahnya terkait ketersedian fasilitas di sekolah, misalnya air yang mengalir. Apa langkah pertama yang harus dilakukan siswa untuk menerapkan PHBS kasus tersebut?
- A. Gosok gigi setelah makan.
- B. Membawa air dengan gayung.
- C. Membuang sampah di tempatnya.
- D. Mencuci tangan menggunakan sabun.
- E. Berbagi alat makan dengan temannya.
14. Hasil pengkajian di suatu kelurahan ditemukan data peningkatan 20% kasus baru penyakit menular diare, 60% merasakan adanya gejala penyakit, 50% keluarga bekerja sebagai buruh, 70% keluarga prasejahtera, 50% penderita jarang meluangkan waktu untuk memeriksakan diri di fasilitas kesehatan. Apa diagnosis keperawatan komunitas paling tepat pada kasus tersebut?

- A. Defisiensi kesehatan komunitas.
  - B. Perilaku kesehatan cenderung beresiko.
  - C. Ketidakefektifan managemen kesehatan.
  - D. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan.
  - E. Kesiapan meningkatkan managemen kesehatan.
15. Seorang perawat mengkaji para pekerja perusahaan: 20% pekerjanya *suspect Tuberculosis*. Mereka mengalami batuk sudah lebih dari 2 minggu, 10 orang sudah batuk berdarah, semua merasakan sesak, nyeri di dada, ada *ronchi basah* dan *fremitus crepitus*. Perawat merencanakan pemeriksaan sampel dahak SPS (Sewaktu-pagi-sewaktu). Kapan waktu yang tepat untuk pengumpulan sampel sputum pertama?
- A. Saat pagi hari.
  - B. Saat sebelum tidur.
  - C. Sesempatnya pasien.
  - D. Begitu perawat datang.
  - E. Begitu klien pulang ke rumah.
16. Pengkajian di sebuah wilayah, terdapat buruh pabrik pupuk tidak menggunakan sarung tangan dan alas kaki selama pengolahan pupuk 25%, karena kurang nyaman. Pemilik pabrik mengatakan tidak masalah dengan perilaku buruh karena tidak ada buruh yang mengeluh sakit. Apa masalah keperawatan yang tepat untuk kasus tersebut?
- A. Defisit pengetahuan.
  - B. Defisit kesehatan komunitas.
  - C. Kesiapan manajemen kesehatan.
  - D. Perilaku kesehatan cenderung beresiko.
  - E. Kesiapan peningkatan coping komunitas.
17. Survey di desa yang sedang mengalami kekurangan air bersih akibat musim kemarau, masyarakat banyak menggunakan air sungai untuk mandi, mencuci, BAB, minum, ada wabah penyakit kulit dan diare. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Pendidikan kesehatan PHBS.
  - B. Pembinaan PHBS di Masyarakat.
  - C. Advokasi pejabat setempat dalam pengelolaan air bersih.
  - D. Advokasi pejabat setempat dalam pengelolaan lingkungan sehat.
  - E. Advokasi pejabat setempat dalam pembuatan jamban sederhana.

18. Survey di lingkungan RT/RW didapatkan: 50% masyarakat membuang limbah rumah tangga ke got, 40% masyarakat BAB di sungai, 15% masyarakat tidak memiliki jamban sesuai standar. Ada upaya untuk meningkatkan PHBS di RT/RW tersebut. Siapa sasaran sekunder pelaksanaan PHBS kasus tersebut?
- A. Camat
  - B. Pemuda
  - C. Masyarakat
  - D. Kepala desa
  - E. Perawat/bidan desa

**PEMBAHASAN SOAL  
KEPERAWATAN KOMUNITAS**

### **1. A. Melakukan P3M.**

Kasus DBD 15%, 3 bulan yang lalu kasus yang sama, ada genangan air di bak depan rumah dan kaleng kaleng bekas.

- A. Dengan P3M merupakan mencegah dan menangulangi kejadian luar biasa penyakit DBD, memutus mata rantai penularan penyakit DBD melalui Tindakan terhadap lingkungan, dan meningkatkan kesadaran Masyarakat untuk melakukan P3M.
- B. Pendidikan hanya berupa edukasi saja.
- C. Kalau Tindakan fogging saja tanpa melakukan P3M beberapa hari akan Kembali lagi sarang nyamuk.
- D. Melakukan bersih bersih.
- E. Hanya dengan lotion anti nyamuk.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang aspek komunitas DBD pada bagian Tindakan keperawatan.

Referensi: Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan, DPP PPNI.

### **2. E. Resiko Tinggi terjadinya penyakit Menular: diare.**

35% kasus diare, 40 % keluarga tidak pernah cuci tangan, 45% penyajian makan tdk ditutup , banyak lalat dirumah penduduk.

- A. Bukan merupakan masalah Kesehatan yang dapat mengganggu kesejahteraan pada masyarakat.
- B. Tidak ada penjelasan tentang penyelesaian masalah yang memuaskan terkait dengan coping komunitas.
- C. Tidak ada data yang mendukung pola pengangan masalah kesehatan dalam kehidupan sehari-hari serta faktor penyebabnya.
- D. Tidak ada data yang mendukung Ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola, dan atau menemukan bantuan untuk mempertahankan kesehatan disebabkan ketidakadekuatan.
- E. Dengan data yang mendukung adanya kasus diare , keluarga tidak cuci tangan sehingga mengarah ke diare.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosa keperawatan asuhan keperawatan komunitas.

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

### 3. A. Kemitraan.

Perawatan melakukan screening untuk menjaring lansia menderita DM.

- A. Melibatkan perawat dalam melakukan kerjasama dalam screening untuk menjaring lansia yang menderita penyakit DM.
- B. Melibatkan peran serta aktif masyarakat melalui pembentukan peer atau social support berdasarkan kebutuhan masyarakat.
- C. Merupakan tindakan yang dilakukan sendiri oleh perawat.
- D. Memberikan edukasi kesehatan dengan memberi informasi.
- E. Melibatkan masyarakat dengan masalah yang ada.

Referensi: IPKKI, 2017. Panduan asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok dan komunitas dengan modifikasi nanda, ICNP, NOC dan NIC dipuskesmas dan Masyarakat

### 4. C. *Care giver.*

Perawat Bersama-sama melakukan relaksasi napas dalam

- A. Merupakan peran memberi informasi kepada lansia
- B. Merupakan peran penghubung antara pasien dan tim kesehatan lain, membela hak hak pasien dan melindungi pasien dari tindakan yang merugikan
- C. Peran dengan mengajari dan melakukan perawatan pada pasien
- D. Peran perawat sebagai panutan dan dapat memberi contoh pada kliennya
- E. Peran perawat bekerja sama dengan tim kesehatan yang lain

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang peran perawat komunitas.

Referensi: IPKKI, 2017. Panduan asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok dan komunitas dengan modifikasi nanda, ICNP, NOC dan NiC dipuskesmas dan Masyarakat.

### 5. A. Pendidikan Kesehatan.

Masyarakat menganggap penyakit ini hal biasa.

- A. Diperlukan edukasi kepada masyarakat terkait scabies, agar mengerti penyakit tersebut.
- B. Dengan melakukan personal hygiene saja tanpa mengetahui penyakit masyarakat tidak akan mengerti.
- C. Pembersihan lingkungan saja akan berulang lagi, karena masyarakat belum mengerti tentang penyakit scabies.

- D. tidak menunjang pada data.
- E. merupakan tidak ada perhatian kepada masyarakat.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi keperawatan komunitas.

Referensi: Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan, DPP PPNI.

#### **6. E. Perilaku kesehatan cenderung beresiko.**

Warga membuang sampah di sungai, warga sering BAB di sungai, kegiatan anak-anak mandi di sungai di sore hari, 60% warga tidak cuci tangan sebelum makan. 65% penerapan PHBS belum benar.

Dapat disimpulkan sudah terdapat faktor resiko terjadinya permasalahan kesehatan yaitu warga membuang sampah di sungai, warga sering BAB di sungai, kegiatan anak-anak mandi di sungai di sore hari, 60% warga tidak cuci tangan sebelum makan. 65% penerapan PHBS belum benar. namun didalam soal belum terlihat terjadinya permasalahan kesehatan, jadi, DX yang tepat dalam kasus ini adalah "Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko".

Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko (hambatan kemampuan dalam mengubah gaya hidup/perilaku untuk memperbaiki status kesehatan).

- A. Defisit komunitas tidak tepat karena pada kasus tidak menjelaskan terjadinya banyak masalah kesehatan.
- B. Koping komunitas tidak efektif tidak tepat karena pada kasus belum terjadinya masalah.
- C. Manajemen kesehatan tidak efektif tidak tepat karena karena tidak ada data pendukung seperti: klien mengalami kesulitan dalam pengobatan.
- D. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif tidak tepat karena tidak ada data yang menunjukkan adanya gejala penyakit.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep diagnosa keperawatan komunitas.

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

### 7. C. persepsi perawat.

Hasil wawancara dengan perawat penanggung jawab wilayah binaan didapatkan data 35% masyarakat mengalami hipertensi, 40% mengalami rematik, 25% mengalami diabetes mellitus, dan hanya 45% diantaranya yang rutin mengikuti kegiatan posbindu.

Dapat disimpulkan saat ini mhs bertanya terkait kondisi kesehatan pada wilayah tsb serta masalah potensi yang muncul maka jawaban yang tepat adalah "data persepsi perawat".

Opsi lain:

- A. data statistik vital tidak tepat karena pada data statistik vital data yang dijabarkan adalah angka kelahiran atau kematian.
- B. data ini komunitas tidak tepat karena tidak disebutkan data tentang sejarah, demografi, statistik vital maupun agama di dalam soal.
- C. data pelayanan kesehatan tidak tepat karena pada data pelayanan kesehatan yang dikaji adalah jenis pelayanan kesehatan yang ada diwilayah seperti Rumah sakit, puskesmas dll.
- D. data subsistem komunitas tidak tepat karena tidak ada data terkait lingkungan fisik, pelayanan kesehatan, ekonomi, politik dll.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang data pengkajian dalam komunitas.

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

### 8. A. Ketersediaan program promosi.

1. Terdapat peningkatan kejadian hepatitis sampai saat ini belum ada solusi mengatasi masalah.
2. Perawat dibantu anggota masyarakat mengidentifikasi masalah, membuat intervensi, melakukan implementasi serta melakukan pengembangan jaringan agar masalah ini teratasi.

Diagnosis kasus tersebut adalah defisit kesehatan komunitas, karena terdapat masalah kesehatan atau faktor resiko yang menganggu kesejahteraan pada suatu kelompok.

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

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

Kesimpulan:

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

Kalau opsi lain:

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

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis dan tahapan proses keperawatan komunitas.

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

## 9. E. Pelaksana Asuhan Keperawatan.

Perawat puskesmas melakukan kunjungan rumah pada seorang pria 50 tahun yang mengalami uklus dekubitus post stroke. Perawat saat ini sedang melakukan perawatan uklus dekubitus.

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

Kalau opsi lain:

- 1. Konselor tidak tepat karena perawat konselor membutuhkan keterampilan khusus, yakni perawat tersebut haruslah orang yang lebih memahami (expert) di bidang keahliannya, dapat dipercaya untuk membantu komunitas atau

keluarga dan mengembangkan coping yang konstruktif dalam penyelesaian masalah.

2. Edukator tidak tepat karena menuntut perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik dirumah, puskesmas, dan pusat pelayanan kesehatan lain secara terorganisir dalam rangka menanamkan perilaku sehat, sehingga terjadi perubahan perilaku seperti yang diharapkan dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal.
3. Advokator tidak tepat karena peran advocator adalah pembela hak-hak klien termasuk didalamnya peningkatan apa yang terbaik untuk klien, memastikan kebutuhan klien terpenuhi, dan melindungi hak-hak klien.
4. Kolaborator tidak tepat karena kolaborator ini sama dengan case manager yang menyusun rencana asuhan keperawatan komunitas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep peran perawat komunitas.

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

#### **10.B. Tersier.**

Perawat melakukan penyuluhan di sebuah desa tentang diet Hipertensi dan demonstrasi senam anti hipertensi pada kelompok penderita dengan tujuan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

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

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

1. (*Prepathogenesis phase*) pada tahap ini dapat digunakan melalui kegiatan primer prevention atau pencegahan primer, yang ditujukan bagi orang-orang yang termasuk kelompok resikotinggi yang belum menderita tetapi berpotensi untuk menderita, contoh: memberikan promosi kesehatan.
2. (*Pathogenesis phase*) pada tahap ini dilakukan dengan dua kegiatan pencegahan, yakni pencegahan sekunder dan pencegahan tersier.

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

Opsi lain:

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

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tingkatan pencegahan dalam keperawatan komunitas.

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

#### **11.D. Meningkatkan pemahaman masyarakat tentang nyamuk *Wolbachia* sebesar 20% dalam 6 bulan.**

Tujuan penkes (pendidikan kesehatan):

- A. Untuk saat ini kita belum membahas vaksin.
- B. Nyamuk Aedes adalah nyamuk demam berdarah, salah jika yang diperbanyak malah nyamuk pembunuh. Seharusnya *Wolbachianya*, karena dia akan menghasilkan keturunan yang tidak lagi mengandung virus dengue yang dibawa oleh nyamuk *Aedes Aegypti*.
- C. Pameran seni boleh, tapi itu hanya cara, bukan tujuan utama.

- D. Lebih realistik, secara perlahan pemahaman masyarakat ditingkatkan. Apalagi masyarakat juga belum semua terpapar informasi *Wolbachia* yang benar.
- E. Program penganggulangan DB sangat perlu dukungan dan partisipasi masyarakat, sangat keliru jika partisipasi masyarakat malah dikurangi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penyakit tropis, penyakit menular, DBD, nyamuk aedes aegepthy, nyamuk wolbachia dan penkes.

Referensi: Tarmizi, S. N. (2023). Inovasi Wolbachia, Cara Ampuh dan Hemat Kendalikan Demam Berdarah.  
<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20231124/5044313/inovasi-wolbachia-cara-ampuh-dan-hemat-kendalikan-demam-berdarah/>

## 12.B. Membuat sesi tanya jawab untuk mendorong partisipasi aktif.

Lokakarya interaktif

- A. Memberikan materi saja akan membahayakan mengingat tingkat pemahaman masyarakat tentang hal baru sangat bervariasi.
- B. Interaktif artinya berjalan dua arah, jawaban ini menjadikan lokakarya berhasil karena materi tersampaikan, audience dapat memahami dengan baik terbukti mereka dapat bertanya materi terkait.
- C. Makanan dan minuman bukanlah standar bahwa lokakarya berhasil
- D. Pada saatnya ahli entomologi dapat dilibatkan, utamanya jika sudah mulai banyak pertanyaan yang sangat spesifik terkait nyamuk dimana penyaji tidak menguasai.
- E. Sebentar itu berapa lama, tidak dijelaskan. Sebentar msial 10 menit-sangat boleh, akan tetapi harus ada keterangan tambahan misal diulang setiap pagi selama 6 hari berturut.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penyakit tropis, penyakit menular, DBD, nyamuk aedes dan lokakarya.

Referensi: Tarmizi, S. N. (2023). Inovasi Wolbachia, Cara Ampuh dan Hemat Kendalikan Demam Berdarah.  
<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20231124/5044313/inovasi-wolbachia-cara-ampuh-dan-hemat-kendalikan-demam-berdarah/>

### 13.D. Mencuci tangan menggunakan sabun

Air mengalir

- A. Gosok gigi setelah makan. Meskipun relevan dengan hidup bersih sehat, tetapi jawaban tidak tepat, karena kata kunci pada kasus tersebut adalah terdapat fasilitas air mengalir.
- B. Bawa air dengan gayung. Jawabn ini tidak efektif dan berisiko cuci tangan dicelupkan pada air di gayung sehingga tidak sesuai prinsip mencegah kontaminasi.
- C. Membuang sampah sembarangan. Akan tetapi misalnyapun memilih opsi membuang sampah sembarangan, meskipun benar dari segi PHBS, akan tetapi dari *clue* yang ada menjadi tidak terkait karena clue yang tersedia adalah air mengalir tersedia.
- D. Jawaban yang tepat. Sesuai dengan clue: fasilitas tersedia & air mengalir. Adanya air mengalir memungkinkan siswa mencuci tangan dengan sabun.
- E. Berbagi alat makan sangat tidak dianjurkan utamanya jika alat yang dipakai ramai-ramai, misal sendok dari mulut satu ke mulut yang lain, 2 gelas dipakai untuk siswa sekelas. Hal ini akan dekat kepada penyakit hepatitis.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang PHBS di sekolah.

Referensi: Mustar, Y. S., Susanto, I. H., & Bakti, A. P. (2018). Pendidikan kesehatan: perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di sekolah dasar. *JISIP (Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan)*, 2(2).

### 14.B. Perilaku kesehatan cenderung beresiko.

Jarang ke fasilitas kesehatan.

- A. Defisiensi artinya kekurangan, lalu 'kekurangan kesehatan komunitas' perlu dirinci lagi misal apa SDMnya, alatnya atau sistemnya dan hal terebut di lead in tidak dijelaskan.
- B. Opsi ini menjadi jawaban tepat mengingat data objektif dan adanya fakta bahwa masyarakat jarang periksa ke faskes.
- C. Opsi ini dapat dipertimbangkan, tapi jika ditilik lebih dalam 'manajemen kesehatan' umumnya lebih kepad pemberi pelayananmisal puskesmas, sementara di soal ini yang lebih bermasalah adalah masyarakatnya.
- D. Terkait jarang ke faskes bsia jadi opsi ini terkait, akan tetapi kita perlu mempertimbangkan kalimat sebelumnya utamanya data kasus diare.

- E. Tidak ada kalimat yang mengarah kepada peningkatan, yang ada justru peningkatan tapi dalam arti negatif yaitu peningkatan kasus baru diare. Ini artinya tidak baik.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang gastroenteritis, diare dan SDKI.

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

### **15.A. Saat pagi hari.**

Pertama.

- A. Ini adalah saat yang tepat mengingat pada pagi hari sputum merupakan akumulasi dari malam sehingga hasil diagnostiknya lebih tinggi. Pemeriksaan Dahak Mikroskopis/BTA (Bakteri Tahan Asam). Dalam pemeriksaan tuberkulosis, berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan sewaktu-pagi-sewaktu (SPS).
- B. Bukan waktu yang tepat, mengingat tidak semua pasien malamnya dapat menghasilkan sputum.
- C. Walau 'sewaktu' tidak berarti semaunya pasien
- D. Opsi ini sulit dijadikan jawaban mengingat belum tentu perawat akan datang ke rumah pasien. Seandainya ada petugas datang, juga belum tentu perawat, bisa jadi laboran/analisis, mereka yg lulusan Kesehatan Masyarakat atau lainnya.
- E. Bukan waktu yang tepat

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang TBC, pemeriksaan SPS pada TB paru, tanda gejala TBC.

Referensi: Kementerian Kesehatan RI. (2020). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tuberkulosis. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

### **16.D. Perilaku kesehatan cenderung beresiko.**

Tidak menggunakan pelindung diri (sarung tangan dan alas kaki).

- A. Kurang pengetahuan buruh tentang masalah kesehatan.

- B. Faktor yang dapat mengganggu kesejahteraan suatu kelompok.
- C. Ketidakmampuan mengidentifikasi mengelola kesehatan.
- D. Tindakan yang tidak menggunakan alat pelindung diri, akan berresiko terhadap gangguan kesehatan.
- E. Berhubungan dengan pola adaptasi aktivitas komunitas dan penyelesaian masalah.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Analisa Data, Diagnose, Dalam asuhan Keperawatan.

Referensi: Asmadi. (2016). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta : Bumi Medika.  
Deswani. (2009). Proses Keperawatan dan Berpikir kritis. Jakarta: Salemba Medica.

### **17.C. Advokasi pejabat setempat dalam pengelolaan air bersih.**

Kekurangan air bersih.

- A. Peningkatan Pengetahuan PHBS Kepada Masyarakat.
- B. Penyuluhan dan Pemeriksaan PHBS di Masyarakat.
- C. Memberikan dukungan dorongan kepada pejabat setempat untuk penyediaan sumber air bersih, cukup dan terjangkau oleh masyarakat.
- D. Memberikan dukungan kepada pejabat setempat dalam pengelolaan lingkungan.
- E. Memberikan dukungan kepada pejabat setempat agar perlu didrong setiap keluarga memiliki jamban sendiri.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi, dan implementasi Dalam asuhan Keperawatan.

Referensi: Asmadi. (2016). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta : Bumi Medika.  
Deswani. (2009). Proses Keperawatan dan Berpikir kritis. Jakarta: Salemba Medica.

### **18.E. Perawat/bidan desa**

Pelaksanaan PHBS

- A. Camat sebagai sasaran tersier.
- B. Pemuda sebagai sasaran primer.
- C. Masyarakat sebagai sasaran primer.
- D. Kepala desa sebagai sasaran tersier.

E. Perawat/ bidan sebagai sasaran sekunder.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Sasaran Pelaksanaan PHBS.

Referensi: Suprapto, S. (2021). Edukasi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Era PandemiCOVID-19. Abdimas Singkerru, 1(1), 1–7.

<https://jurnal.atidewantara.ac.id/index.php/singkerru>

**SOAL**  
**KEPERAWATAN MANAJEMEN**

1. Seorang Ners masa kerja ± 3 bulan akan melakukan suatu tindakan pemasangan infus dibawah pengawasan sekaligus bimbingan dari Ketua Tim. Apakah peran utama Ketua Tim terhadap perawat tersebut ?
  - A. Delegasi
  - B. Supervisi
  - C. Delegator
  - D. Supervisor
  - E. Pendelegasian
2. Kepala ruangan memberikan arahan kepada beberapa perawat sebelum memulai pelaksanaaan kegiatan asuhan keperawatan tentang kasus penurunan kadar gula darah yang perlu mendapatkan perhatian khusus. Apa tindakan yang sedang dilakukan kepala ruangan kasus tersebut ?
  - A. Ronde
  - B. Kepemimpinan
  - C. Pre conference
  - D. Post conference
  - E. Timbang terima
3. Sebelum melaksanakan kegiatan, kepala ruangan memberikan arahan kepada tiga perawat yang lebih senior dan enam perawat pelaksana yang berada dibawah tanggung jawab perawat senior. Arahan yang diberikan tentang fokus pengawasan terhadap pasien yang mengalami penurunan kadar gula darah. Selanjutnya arahan tersebut dilaksanakan oleh perawat senior dan perawat pelaksana. Apa metode asuhan yang diterapkan pada kasus tersebut?
  - A. Tim
  - B. Kasus
  - C. Primer
  - D. Modular
  - E. Fungsional
4. Seorang pasien laki-laki berusia 55 tahun dengan pasca bedah sehari mendapat bantuan perawatan kateter urine, kebersihan diri, makan minum dan beberapa prosedur lainnya. Apa kategori tingkat ketergantungan pasien pasca bedah tersebut?
  - A. Total dengan waktu perawatan yang dibutuhkan 5 – 6 jam/24 jam
  - B. Minimal dengan waktu perawatan yang dibutuhkan 1 – 2 jam/24 jam
  - C. Minimal dengan waktu perawatan yang dibutuhkan 3 – 4 jam/24 jam

- D. Partial/intermediate care dengan waktu perawatan yang dibutuhkan 3 – 4 jam/24 jam
- E. Partial/intermediate care dengan waktu perawatan yang dibutuhkan 1 – 2 jam/24 jam
5. Tingginya tuntutan pelayanan keperawatan yang lebih professional, pemanfaatan ilmu pengetahuan, teknologi yang tinggi, bertambahnya spesialisasi pelayanan kesehatan, minimnya kesempatan memperoleh informasi yang dapat membantu meningkatkan kompetensi perawat, merupakan kondisi yang memicu konflik tersendiri bagi seorang perawat sehingga dapat menjadi sumber penolakan dalam proses perubahan kearah yang lebih baik. Apa jenis konflik yang dirasakan personal perawat kasus tersebut?
- A. Konflik intergrup
- B. Konflik intragrup
- C. Konflik intrapersonal
- D. Konflik interpersonal
- E. Konflik intraorganisasi
6. Seorang perawat memimpin diskusi untuk menyelesaikan masalah pasien dengan melibatkan pasien. Perawat tersebut menyampaikan hasil intervensi keperawatan yang telah dilakukan selama perawatan pasien dan meminta pendapat perawat lain untuk intervensi selanjutnya. Apa nama kegiatan yang dilakukan oleh perawat tersebut?
- A. *hand Over*
- B. *pre conference*
- C. *post conference*
- D. *case conference*
- E. ronde keperawatan
7. Laki- laki, 34 tahun masuk IGD RS. Pasien dengan tingkat kesadaran *somenolen*, sudah terpasang infus, kateter, oksigen. Apa tingkat ketergantungan pasien tersebut?
- A. *self care*
- B. *total care*
- C. *partial care*
- D. *minimal care*
- E. *moderte care*

8. Perawat akan melakukan pemberian obat amoxilin kepada pasien. Untuk memastikan benar pasien, perawat melakukan pengecekan pasien minimal 2 identitas yaitu: umur dan nama ibu kandung. Apa yang menjadi sasaran keselamatan pasien pada kasus tersebut?
- A. Peningkatan komunikasi yang efektif.
  - B. Mengidentifikasi pasien dengan benar.
  - C. Mengurangi kesalahan pemberian obat.
  - D. Mencegah risiko infeksi dalam masa perawatan.
  - E. Memastikan tempat, prosedur dan pasien tepat dalam operasi.
9. Perawat melakukan kelalaian sehingga pasien jatuh dan mengalami cedera. kondisi ini mengakibatkan perawat tersebut mendapatkan teguran dari kepala ruangan. Apa jenis insiden keselamatan pasien pada kasus tersebut?
- A. sentinel
  - B. kejadian tidak cidera (KTC)
  - C. kejadian nyaris cidera (KNC)
  - D. kondisi potensial cidera (KPC)
  - E. kejadian tidak diharapkan (KTD)
10. Kepala ruangan internis membagikan tugas kepada perawat pelaksana. Seorang perawat melakukan pengukuran tanda-tanda vital dan perawat lainnya membantu pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*. Apa model pemberian asuhan keeperawatan yang diterapkan pada kasus tersebut?
- A. metode tim
  - B. metode kasus
  - C. metode primer
  - D. metode modular
  - E. metode fungsional
11. Kepala ruangan ICU melakukan pengkajian pemakaian tempat tidur, sensus harian bulan Februari (28 hari) diperoleh jumlah hari rawat sebanyak 225 hari rawat dengan LOS 3 hari. Kapasitas tempat tidur 12 dengan kondisi 2 tempat tidur rusak dan tidak dapat digunakan. Berapa BOR di ruangan kasus tersebut?
- A. 20%
  - B. 40%
  - C. 50%
  - D. 60%
  - E. 80%

12. Kepala ruangan sedang mengadakan rapat bersama perawat pelaksana mendiskusikan terkait penerapan SOP perawatan luka. Kepala ruangan membuat kebijakan tanpa mempertimbangkan usul dan saran. Keputusan yang dibuat wajib diikuti oleh semua perawat tanpa pengecualian. Apa gaya kepemimpinan yang diterapkan pada kasus tersebut?
- A. autokratik
  - B. situasional
  - C. demokratis
  - D. *laissez-faire*
  - E. transformasional
13. Kepala ruangan menemukan permasalahan antara 2 perawat pelaksana terkait perawatan luka diabetes militus. Kepala ruangan berupaya menyelesaikan masalah dengan cara memberikan pengarahan dan kesempatan kepada keduanya untuk melakukan perawatan luka secara bersama. Apa strategi penyelesaian konflik pada kasus tersebut?
- A. kompetisi
  - B. kolaborasi
  - C. kompromi
  - D. akomodasi
  - E. menghindar
14. Seorang ketua tim bersama kepala ruangan menyusun jadwal dinas untuk bulan yang akan datang dan menganalisis komposisi personalia tenaga perawat. Apa fungsi manajemen yang diterapkan ketua tim tersebut?
- A. *staffing*
  - B. *planning*
  - C. *actuating*
  - D. *controlling*
  - E. *organizing*
15. Ketua tim ruang rawat anak bersama perawat pelaksana bertanggung jawab merawat sekelompok pasien. Setiap perawat pelaksana telah diberi tugas dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif sesuai rencana asuhan yang dibuat. Ketua tim memantau dan menilai kesesuaian kinerja perawat pelaksana dengan yang direncanakan. Apa fungsi manajemen yang diterapkan ketua tim tersebut?
- A. *staffing*

- B. *planning*
- C. *actuating*
- D. *controlling*
- E. *organizing*

16. Perawat di ruang rawat menerima keluhan dari pasien bahwa cairan infus tidak menetes. Perawat melihat stiker label infus dan mendapatkan tulisan jumlah tetesan buram dan sebagian terhapus. Perawat memperbaiki posisi tangan pasien yang terpasang infus, mengecek aliran selang infus dan meminta pasien untuk menunggu sementara perawat melihat catatan perawatan pasien. Apa unsur penyebab masalah yang muncul?
- A. *Man*
  - B. *Method*
  - C. *Machine*
  - D. *Material*
  - E. *Environment*
17. Perawat di ruang penyakit dalam, menerima operan pasien ISK dengan rekomendasi dokter diberikan obat ceftazidime. Saat akan mengambil obat didapati; ceftazidime diletakkan berdekatan dengan cefepime. Perawat melapor kepada Ketua Tim, lalu Ketua tim mengumpulkan semua perawat untuk pengarahan prosedur penyimpanan obat. Apa bentuk insiden keselamatan pasien yang terjadi?
- A. Kejadian Tidak Cedera (KTC)
  - B. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)
  - C. Kondisi Potensial Cedera (KPC)
  - D. Kejadian tidak diharapkan (KTD)
  - E. Kejadian sentinel (*Sentinel Event*)
18. Perawat menerima informasi dari keluarga bahwa: pasien mengalami kejang, terjatuh dari kursi roda. Perawat segera memposisikan pasien dengan aman, mengkaji karakteristik kejang, didapatkan informasi bahwa pasien bergetar hebat di atas kursi roda dan keluarga tak sanggup memegang pasien sehingga terjatuh. Perawat segera melakukan penatalaksanaan kejang. Apa tindakan perawat selanjutnya?
- A. Melakukan investigasi kejadian
  - B. Melakukan asesmen pada pasien
  - C. Memindahkan pasien ke ruang isolasi

- D. Membuat catatan insiden pasien jatuh  
E. Melaporkan pada kepala ruangan dan DPJP
19. Dua orang perawat di ruang rawat inap mengusulkan permintaan jadwal kerja kepada kepala ruang. Perawat pertama menginginkan jadwal yang lebih fleksibel untuk menyesuaikan dengan kebutuhan keluarganya, perawat ke-2 lebih memilih jadwal yang tetap dan konsisten. Kedua perawat merasa pendapat mereka sangat mempengaruhi kesejahteraan. Kepala ruang menjadi mediator sehingga mencapai titik tengah fleksibilitas dan konsistensi yang diterima kedua perawat. Apa strategi penyelesaian konflik yang digunakan?
- A. Kompetisi  
B. Kompromi  
C. Kolaborasi  
D. Akomodasi  
E. Menghindar
20. Ketua tim di ruang rawat bedah menerima laporan bahwa, terdapat anggota tim kurang terampil dalam perawatan luka, yakni melakukan prosedur perawatan luka secara tidak seteril. Semua pasien kelolaan mengeluh kesakitan karena perawat kurang memperhatikan rasa nyeri pasien. Apa tindakan selanjutnya yang tepat dilakukan ketua tim?
- A. memberi contoh cara perawatan luka  
B. mendampingi Perawat setiap perawatan luka  
C. menilai kemampuan Perawat dalam perawatan luka  
D. memanggil perawat untuk konfirmasi kebenaran laporan  
E. menugaskan perawat terampil untuk melatih perawatan luka
21. Perawat bertugas di salah satu ruang rawat inap. Kinerja perawat menurun sehingga berdampak turunnya mutu pelayanan terhadap pasien. Konflik pun muncul pada saat bekerja sehingga suasana tidak kondusif dan terjadi persaingan antar perawat. Kepala ruangan menggunakan metode penyelesaian konflik yang dapat meningkatkan kinerja perawat dengan cara mengadakan lomba kinerja. Apa metode penyelesaian konflik yang digunakan pada kasus tersebut?
- A. Avoiding  
B. Competing  
C. Collaborating  
D. Accommodating

E. Compromising

22. Perawat di ruang bedah saraf harus menjalankan tugas sesuai tujuan yang telah di tentukan kepala ruangan. Perawat tidak ada yang berani membantah arahan kepala ruangan. Apa gaya kepemimpinan yang di terapkan pada kasus tersebut?
- A. Partisipatif
  - B. Otoriter
  - C. Demokratis
  - D. Laissez faire
  - E. Situasional
23. Perawat bertugas di ruang inap melati, bertanggup jawab atas asuhan keperawatan pasien Perempuan, 50 tahun dengan diagnosis hipertensi. Perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien sehingga berkesempatan untuk melakukan keperawatan yang komprehensif. Apa metode asuhan keperawatan yang digunakan pada kasus tersebut?
- A. Tim
  - B. Kasus
  - C. Primer
  - D. Modular
  - E. Fungsional
24. Perawat penanggung jawab *shift* dinas sore memasuki kamar 6, 7, 8 untuk memastikan semua rencana asuhan keperawatan yang dilakukan perawat pelaksana berjalan dengan baik. Dilanjutkan dengan menemui perawat penanggung jawab kamar dan memeriksa ketersediaan alat yang digunakan. Apa fungsi manajemen yang dilakukan perawat penanggungjawab?
- A. Planning
  - B. Directing
  - C. Controlling
  - D. Organizing
  - E. Coordinating
25. Seorang perawat di ruang rawat inap tidak setuju dengan jadwal yang disusun oleh kepala ruangan. Konflik tersebut termasuk dalam konflik?
- A. Konflik vertical.
  - B. Konflik intragrup.

- C. Konflik intergrup.  
D. Konflik intrapersonal.  
E. Konflik interpersonal.
26. Perawat bertugas di ruang bedah, bertanggung jawab pada pasien laki-laki, 64 tahun dengan diagnosis BPH. Perawat A mengatakan bahwasanya pasien harus memberitahu jika terjadi penurunan frekuensi dan jumlah berkemih. Apa peran yang sedang dilakukan perawat A?  
A. leader  
B. liaison  
C. monitor  
D. disseminator  
E. spokesperson
27. Seorang laki-laki umur 50 tahun di rawat di ruang Bedah post laparotomi hari ke 2. Hasil pengkajian pasien kebersihan diri dibantu, makan dan minum dibantu, observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam dan pasien terpasang kateter. Perawat menentukan kondisi pasien untuk perawatan selanjutnya. Apa tingkat ketergantungan pasien tersebut?  
A. Total care  
B. Partial care  
C. Minimal care  
D. Intensive care  
E. Intermediet care
28. Kepala ruang mendapat laporan Perawat A, Bahwa perawat B sering lalai dalam melakukan tugas. Kepala ruang juga mendapat laporan dari Perawat B bahwa Perawat A suka memerintah perawat lain saat dinas. Kepala ruang memanggil Perawat A dan B, menyampaikan harus saling bekerjasama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Apa strategi penyelesaian konflik yang dilakukan Kepala ruang?  
A. akomodasi  
B. smoothing  
C. kolaborasi  
D. kompromi  
E. kompetisi

29. Perawat A di panggil oleh keluarga pasien karena pasien terjatuh ketika pergi buang air kecil ke kamar mandi. Perawat A segera datang ketempat pasien tersebut. Apa tindakan perawat A selanjutnya?

- A. Melakukan pengkajian pasien.
- B. Membuat catatan insiden pasien jatuh.
- C. Melaporkan kepada kepala ruang tentang insiden tersebut.
- D. Meminta keluarga pasien untuk menemani pasien ke kamar mandi.
- E. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penanganan pasien jatuh.

30. Perawat melakukan pre konfrens, mendapat gambaran pasien A semalam tidak dapat tidur karena nyeri luka operasi laparotomi hari kedua, pasien terpasang kateter, makan, minum, kebersihan dan ambulasi dibantu, intake-output dicatat. Perawat diminta segera memberikan asuhan keperawatan setelah konfrens selesai. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Melanjutkan pengkajian pada pasien.
- B. Membaca prosedur perawatan pasien.
- C. Membuat rencana asuhan keperawatan.
- D. Menentukan tingkat ketergantungan pasien.
- E. Melaporkan kondisi pasien ke dokter penanggung jawab.

31. Perempuan, 37 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan luka *gangrene* di tumit kiri. Kesadaran compos mentis, makan dan minum sendiri, didampingi perawat apabila pindah posisi dari tempat tidur ke kursi dan ke kamar mandi. Apa tingkat ketergantungan pasien kasus tersebut?

- A. *self care*
- B. *total care*
- C. *partial care*
- D. *minimal care*
- E. *intensive care*

32. Perawat pelaksana dan perawat penanggung jawab *shift* dinas sore sedang berdiskusi. Penanggung jawab *shift* menanyakan hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat pelaksana pada pasien kelolaannya. Kemudian perawat penanggung jawab *shift* menanyakan kendala yang dialami. Apa bentuk kegiatan yang dilaksanakan perawat tersebut?

- A. *pre conference*
- B. *post conference*
- C. timbang terima

- D. rapat mingguan  
E. diskusi refleksi kasus
33. Perawat dinas siang melakukan komunikasi dengan dokter penanggungjawab pasien melalui telepon. Perawat menyampaikan pasien mengeluh nyeri abdomen skala 7, nyeri hilang timbul, hasil USG *appendicitis*. Apa tahapan komunikasi SBAR yang tergambar pada kasus tersebut?
- A. *situation*  
B. *background*  
C. *assessment*  
D. *identification*  
E. *recommendation*
34. Perawat bertugas di ruangan penyakit dalam. Mempunyai kepala ruangan yang meyakini bahwa semua anggota membantu dalam pengambilan keputusan dan pengembangan tujuan unit. Apa gaya kepemimpinan yang diterapkan berdasarkan kasus tersebut?
- A. otokratis  
B. situasional  
C. demokratis  
D. *laissez-faire*  
E. transformasional
35. Perawat bekerja di ruang penyakit dalam, terbagi dalam 2 kelompok. Setiap kelompok terdiri atas perawat professional dan vokasi yang saling bekerja sama dalam pengelolaan pasien. Apa metode asuhan keperawatan yang diterapkan pada kasus tersebut?
- A. Tim  
B. kasus  
C. primer  
D. fungsional  
E. *case metode*

# **PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MANAJEMEN**

### **1. D. Supervisor.**

Melakukan suatu tindakan pemasangan infus dibawah pengawasan sekaligus bimbingan.

- A. Delegasi adalah orang yang ditunjuk atau diutus oleh suatu perkumpulan
- B. Supervisi adalah kegiatan pengawasan dan pembinaan yang dilakukan secara berkesinambungan oleh seorang supervisor.
- C. Delegator adalah orang yang mendelegasikan tanggung jawab/pekerjaan.
- D. Supervisor adalah seseorang yang memberikan supervise.
- E. Pendeklegasian adalah pemberian wewenang dan tanggung jawab kepada orang lain. Pendeklegasian dalam keperawatan berarti pelimpahan wewenang kepada perawat lainnya untuk melaksanakan tugas tertentu dan dalam batas-batas tertentu.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pendeklegasian dan supervise pelayanan keperawatan.

Referensi: Nursalam 2017. Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional: Salemba Medika. Jakarta.

Marqueis, 2013 kepemimpinan dan manajemen keperawatn.,

Kelialat B A, 2012, Manajemen keperawatan, Aplikasi MPKP di Rumah Sakit: EGC Jakarta.

### **2. C. Pre conference.**

Sebelum memulai pelaksanaaan kegiatan asuhan keperawatan.

- A. Ronde merupakan salah satu implementasi dari Relationship Based Care yaitu suatu diskusi berkaitan dengan masalah pasien. Diskusi melibatkan pasien, perawat primer, perawat pelaksana dan perawat konselor serta tim profesional lain.
- B. Timbang terima memiliki beberapa istilah, yaitu handover, handoffs, shift report, signout, signover, cross coverage, overhand, report nursing. Timbang terima merupakan tata cara menyerahkan atau mengalihkan tugas dan tanggung jawab yang dilakukan oleh perawat pada shift yang telah berakhir kepada perawat pada shift berikutnya.
- C. Pre conference terdiri dari 2 kata yaitu pre dan conference. Pre atau pra berarti 'sebelum' dan conference atau konferensi berarti rapat atau pertemuan yang diadakan oleh seorang tokoh untuk memberitahukan hal yang penting'. Dalam model pelayanan keperawatan profesional terdapat kegiatan tata cara penerimaan pasien baru, pre dan post

conference, ronde, discharge planning, supervise, sentralisasi obat. Pre conference dilakukan sebelum memulai kegiatan yang diberikan oleh seorang kepala ruangan sebagai arahan terkait dengan asuhan keperawatan.

- D. Kepemimpinan adalah kemampuan kepala ruangan untuk mempengaruhi bawahannya untuk melaksanakan pekerjaan
- E. Post conference merupakan kegiatan yang dilakukan oleh tim keperawatan sebelum waktu shit tugas berakhir yang membahas tentang asuhan keperawatan yang telah dilakukan dan belum dilakukan, hasil pembahasan tersebut selanjutnya akan disampaikan pada saat kegiatan overan shit.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Model Pelayanan Keperawatan Profesional.

Referensi: Nursalam 2017. Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional : Salemba Medika. Jakarta.,

Marqueis, 2013 kepemimpinan dan manajemen keperawatn.,

Keliat B A, 2012, Manajemen keperawatan, Aplikasi MPKP di Rumah Sakit: EGC Jakarta.

### 3. A. Tim.

Arahan kepala ruangan kepada perawat senior dan perawat pelaksana secara kategori dan kuantitas perawat.

- A. Metode tim merupakan metode penugasan asuhan keperawatan yang diberikan oleh sekelompok perawat sesuai dengan kebutuhan objektif pasien.
- B. Metode kasus merupakan pemberian pelayanan atau asuhan keperawatan langsung dan bersifat konsisten terhadap pasien tertentu yang didasarkan pada satu perawat untuk satu pasien pada saat bertugas
- C. Metode primer merupakan metode pemberian asuhan keperawatan dimana perawat professional bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap asuhan keperawatan pasien selama 24 jam mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Tanggung jawab tersebut meliputi pengkajian pasien, perencanaan, implementasi, dan evaluasi askep.
- D. Metode modular adalah metode modifikasi antara metode tim dan metode primer. Tanggung jawab paling besar pada perawat professional (ketua tim) dan memiliki kewajiban untuk membimbing dan melatih perawat non

- professional. Bila Ketua Tim berhalangan hadir dapat digantikan oleh perawat pelaksana.
- E. Metode fungsional merupakan metode penugasan dimana seorang perawat hanya melakukan satu sampai dua jenis intervensi yang terpisah dari proses asuhan keperawatan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang model-model pelayanan keperawatan.

Referensi: Nursalam 2017.,Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional : Salemba Medika. Jakarta.,  
Marqueis, 2013 kepemimpinan dan manajemen keperawatan.,  
Kelialat B A, 2012, Manajemen keperawatan, Aplikasi MPKP di Rumah Sakit: EGC Jakarta.

#### **4. D. Partial/intermediate care dengan waktu perawatan yang dibutuhkan 3 – 4 jam/24 jam.**

Pasca bedah sehari mendapat bantuan perawatan kateter urine, kebersihan diri, makan minum dan beberapa prosedur lainnya.

- A. Total dengan waktu perawatan yang dibutuhkan 5 – 6 jam/24 jam. Keseluruhan kondisi pasien tidak memenuhi kriteria maupun waktu
- B. Minimal Self care dengan waktu perawatan yang dibutuhkan 1 – 2 jam/24 jam. Kriteria waktu memenuhi syarat tetapi kondisi perawatan pasien tidak termasuk dalam kriteria minimal.
- C. Minimal/ Self care dengan waktu perawatan yang dibutuhkan 3 – 4 jam/24 jam. Kriteria waktu tidak memenuhi syarat
- D. Partial/intermediate care dengan waktu perawatan yang dibutuhkan 3 – 4 jam/24 jam. Semua kriteria memenuhi syarat.
- E. Partial/intermediate care dengan waktu perawatan yang dibutuhkan 1 – 2 jam/24 jam. Kriteria waktu tidak memenuhi syarat.

Kriteria masing-masing tingkat ketergantungan :

1. Minimal/ Self care 1 – 2 jam/24 jam.

Kegiatan sehari-hari dilakukan secara mandiri, penampilan secara umum baik, observasi TTV dilakukan setiap pergantian shift, ambulansi dengan pengawasan dan pengobatan minimal, status psikologis stabil, perawatan luka sederhana.

2. Partial (3-4 jam/24jam).

Observasi: TTV/4 jam/shit, perawatan/kelancaran kateter dan infus, mendapat terapi injeksi, ambulasi dan pemenuhan kebutuhan perawatan diri dibantu termasuk alat mandi dan eliminasi, penampilan sakit sedang.

3. Total/intensive care (5-6 jam/24 jam).

Perawatan kompleks baik kegiatan sehari-hari yang dibantu hingga mobilisasi, makan minum (selang lambung). Pasien mengalami gelisah/disorientasi, Observasi: TTV/2 jam, observasi pemeriksaan penunjang.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang jenis ketergantungan atau klasifikasi pasien.

Referensi: Nursalam 2017. Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional : Salemba Medika. Jakarta.,

Marqueis, 2013 kepemimpinan dan manajemen keperawatn.,

Kelial B A, 2012, Manajemen keperawatan, Aplikasi MPKP di Rumah Sakit: EGC Jakarta.

### 5. C. Konflik intrapersonal.

Kondisi yang memicu konflik tersendiri bagi seorang perawat.

- A. Konflik intergroup, yaitu konflik yang terjadi antar kelompok karena adanya saling ketergantungan, perbedaan tujuan, perbedaan persepsi, serta meningkatnya tuntutan akan keahlian yang dimiliki oleh masing-masing anggota kelompok.
- B. Konflik Intragroup yaitu konflik antar anggota dalam satu kelompok yang terjadi akibat perbedaan latar belakang keahlian, cara pandang yang berbeda terhadap suatu kondisi yang sama.
- C. Konflik intrapersonal, yaitu konflik internal yang terjadi dalam diri seseorang. Konflik ini terjadi ketika individu dihadapkan pada dua atau lebih pilihan, dan merasa bimbang/ragu mana yang harus dipilih untuk dilakukan
- D. Konflik interpersonal terjadi antara dua orang atau lebih yang interaksinya terjadi secara konstan, biasanya terjadi antara sesama manajer perawat sesama perawat pelaksana, atasan dengan bawahan yang dipicu oleh perbedaan nilai-nilai, tujuan.
- E. Konflik intraorganisasi adalah konflik yang mewakili unit-unit kerja dalam organisasi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali jenis-jenis konlik dalam keperawatan.

Referensi: Nursalam 2017. Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional : Salemba Medika. Jakarta.,  
Marqueis, 2013 kepemimpinan dan manajemen keperawatn.,  
Kelial B A, 2012, Manajemen keperawatan, Aplikasi MPKP di Rumah Sakit: EGC Jakarta.

## 6. E. Ronde keperawatan

Diskusi untuk menyelesaikan masalah pasien bersama tim keperawatan di samping bed pasien

- A. *Hand over* adalah teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien.
- B. *Pre conference* adalah penyusunan asuhan keperawatan yang dilakukan setiap hari segera setelah pergantian dinas.
- C. post conference adalah komunikasi ketua tim dan perawat pelaksana tentang hasil implementasi yang dilakukan selama shift yang dilakukan sebelum timbang terima.
- D. *Case conference* adalah suatu pemberlajaran keperawatan klinik ronde keperawatan.
- E. Ronde keperawatan adalah kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan pasien yang dilaksanakan oleh perawat dengan melibatkan pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang ronde keperawatan.

Referensi: Nursalam. 2012. Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Salemba Medika. Jakarta  
Maryana. 2023. Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Nasya Expanding Management. Jawa Tengah.

## 7. B. *Total care*.

Terpasang infus, kateter dan terpasang oksigen.

- A. *Self care* adalah pasien mampu melakukan aktivitas sehari- hari secara mandiri.
- B. *Total care* adalah pasien yang tidak mampu melakukan seluruh aktivitas sehari- hari dan membutuhkan bantuan perawat.

- C. *Partial care* adalah pasien mampu melakukan sebagian aktivitas secara mandiri dan sebagian aktivitas dibantu oleh perawat.
- D. *Minimal care* adalah pasien mampu melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri.
- E. *Moderte care* adalah pasien yang memerlukan bantuan sebagian aktivitasnya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tingkat ketergantungan pasien.

Referensi: Delfina, Rina, Arofi, Noor. 2023. Buku Ajar Manajemen D III Keperawatan Jilid I. Mahakarya Cipta Utama. Jakarta

## 8. B. Mengidentifikasi pasien dengan benar.

Pengecekan pasien minimal 2 identitas.

- A. Peningkatan komunikasi yang efektif adalah proses kolaboratif digunakan akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien, komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien.
- B. Mengidentifikasi pasien dengan benar adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.
- C. Mengurangi kesalahan pemberian obat merupakan kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan proses pengolahan obat yang perlu di waspadai (high-alert medications) dan obat-obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (nama obat rupa dan ucapan mirip/norum, atau *look alike sound alike/asa*)
- D. Mencegah risiko infeksi dalam masa perawatan adalah cara untuk mencegah transfer kuman yang meningkatkan infeksi nosocomial dengan cara mencuci tangan secara efektif.
- E. Memastikan tempat, prosedur dan pasien yang tepat dalam operasi adalah merupakan komunikasi praoperatif dengan tujuan untuk memverifikasi lokasi (libatkan pasien), prosedur, dan pasien yang benar sebelum operasi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang 6 sasaran keselamatan pasien.

Referensi: Rahmadhani, Yunita, Dwi, Putri, Eka , Miko. 2018. Manajemen Keperawatan. Manggu Makmur Tanjung Lestari, Bandung.

Menteri Kesehatan, (2011). Permenkes RI No 1691/ MENKES/PER/VII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Menkes, Jakarta.

### **9. E. Kejadian tidak diharapkan (KTD).**

Pasien jatuh dan mengalami cedera.

- A. Sentinel adalah suatu insiden atau kejadian tidak diharapkan yang berakibat fatal pada pasien seperti; kematian, cedera permanen, atau cedera berat.
- B. Kejadian tidak cedera (ktc) merupakan kondisi simana kejadian terjadi insiden yang sudah mengenai/ terpapar ke pasien akan tetapi tidak berdampak dan tidak menimbulkan cedera ke pasien
- C. Kejadian nyaris cedera (knc) merupakan kondisi dimana terjadi insiden tetapi belum sampai mengenai / terpapar ke pasien
- D. Kondisi potensial cedera (kpc) merupakan kondisi yang sangat potensial untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden
- E. Kejadian tidak diharapkan (ktd) merupakan kondisi dimana terjadinya insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang jenis insiden keselamatan pasien.

Referensi: Iswadi. 2021. Keselamatan pasien, Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Pusat Pengembangan Pendidikan dan Penelitian Indonesia. NTB

### **10.E. Metode Fungsional.**

Memberikan tugas sesuai dengan kompetensi perawat.

- A. Metode tim adalah adalhdm metode pemberian asuhan keperawatan yang menggunakan tim yang terdiri atas anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien.
- B. Metode kasus metode asuhan keperawatan dimana perawat memberikan asuhan keperawatan kepada seorang klien secara totak dalam satu periode dinas.
- C. Metode primer dimana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit.

- D. Metode modular adalah gabungan metode pemberian asuhan keperawatan tim dan modular.
- E. Metode fungsional adalah pemberian asuhan keperawatan dimana perawat diberikan beberapa tugas untuk dilaksanakan kepada semua klien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang metode dalam pemberian asuhan keperawatan.

Referensi: Nursalam. 2012. Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Salemba Medika. Jakarta

Zulkarnain. 2022. Analisis Fungsi Manajemen Pengarahan terhadap penerapan MPKP. Azka Pustaka.Sumatra Barat.

### **11.E. 80%**

Rata-rata jumlah pasien/kapasitas tempat tidur.

*Bed Occupancy Rate* (BOR), pemakaian tempat tidur dalam satuan waktu tertentu. Rata-rata jumlah pasien diperoleh dari total jumlah hari rawat pada periode tertentu (satu bulan), yaitu  $225/28 = 8$  pasien. Rata-rata 8 pasien/kapasitas tempat tidur 10 (2 rusak tidak digunakan jdi tidak dihitung)  $\times 100\% = 80\%$ .

$(225/28 = 8) (8/10 \times 100\% = 80\%)$ .

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang rumus BOR.

Referensi: Ilyas Y. (2000). Perencanaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit: Teori, Metoda, dan Formula.

### **12.A. Autokratik.**

Tanpa mempertimbangkan, Wajib diikuti.

- A. Kepala ruangan dalam mengambil keputusan secara mandiri tanpa mempertimbangkan usul dan saran.
- B. Gaya kepemimpinan tidak tetap. Asumsi yang digunakan dalam gaya ini adalah tidak ada satupun gaya kepemimpinannya yang tepat dalam semua kondisi.
- C. Pengambilan keputusan secara bersama dan menerima masukan dan rekomendasi dari bawahannya.
- D. Gaya Kepemimpinan dengan keputusan semuanya diserahkan pada bawahannya.

- E. Gaya kepemimpinan dimana pemimpin berupaya mengubah tempat kerja atau iklim kerja dan mendorong kesuksesan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang gaya kepemimpinan.

Referensi: (Nursalam Edisi 2009 hal 63)

### **13.B. Kolaborasi.**

Secara Bersama (bekerja sama).

- A. Strategi ini dapat diartikan sebagai *win-lose situation*. Penyelesaian ini menekankan hanya ada satu orang atau kelompok yang menang tanpa mempertimbangkan yang kalah.
- B. Strategi ini merupakan *win-win solution*, kedua pihak menentukan tujuan bersama dan bekerja sama untuk mencapai tujuan.
- C. Strategi ini dapat diartikan sebagai *lose-lose situation* semua yang terlibat saling menyadari dan sepakat pada keinginan bersama.
- D. Seseorang berusaha mengakomodasikan permasalahan dan memberikan kesempatan pada orang lain untuk menang.
- E. Strategi ini setiap pihak yang terlibat menyadari masalah yang dihadapi, tetapi memilih untuk menghindar dan tidak menyelesaikan masalah.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manajemen konflik.

Referensi: (Blacius Dedi, 2019, P.30)

### **14.A. Staffing.**

Komposisi personalia.

- A. Fungsi penyusunan personalia sejak dari merekrut sampai pada pengembangan. Proses yang teratur, sistematis, rasional diterapkan untuk menentukan jumlah dan jenis personel keperawatan yang dibutuhkan untuk memberikan asuhan keperawatan.
- B. Fungsi Perencanaan memutuskan seberapa luas sesuatu akan dilakukan, bagaimana melakukannya dan kapan melakukannya.
- C. Fungsi Pengarahan diterapkan dalam pemecahan masalah, pembuatan keputusan dan Analisa.
- D. Fungsi pengawasan dan pengendalian berkaitan dengan perencanaan dan implementasi. Penilaian berkesinambungan yang dilakukan dengan

mengumpulkan umpan balik dari hasil-hasil yang telah dicapai (Penampilan kerja/kinerja, disiplin dan audit pasien).

- E. Fungsi pengorganisasian (proses pengaturan orang/staf berupa uraian tugas dan tanggungjawab, garis koordinasi, struktur organisasi serta hubungan staf dan bawahan).

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang fungsi manajemen.

Referensi: (Blacius Dedi, 2019, P.19)

#### **15.D. Controling.**

Memantau dan menilai kesesuaian kinerja perawat pelaksana.

- A. Fungsi penyusunan personalia sejak dari merekrut sampai pada pengembangan. Proses yang teratur, sistematis, rasional diterapkan untuk menentukan jumlah dan jenis personel keperawatan yang dibutuhkan untuk memberikan asuhan keperawatan.
- B. Fungsi Perencanaan memutuskan seberapa luas sesuatu akan dilakukan, bagaimana melakukannya dan kapan melakukannya.
- C. Fungsi Pengarahan diterapkan dalam pemecahan masalah, pembuatan keputusan dan Analisa.
- D. Fungsi pengawasan dan pengendalian berkaitan dengan perencanaan dan implementasi. Penilaian berkesinambungan yang dilakukan dengan mengumpulkan umpan balik dari hasil-hasil yang telah dicapai (Penampilan kerja/kinerja, disiplin dan audit pasien).
- E. Fungsi pengorganisasian (proses pengaturan orang/staf berupa uraian tugas dan tanggungjawab, garis koordinasi, struktur organisasi serta hubungan staf dan bawahan).

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang fungsi manajemen.

Referensi: (Blacius Dedi, 2019, P.19)

#### **16.D. Material.**

Tulisan jumlah tetesan buram dan sebagian terhapus.

- A. Unsur perawat sebagai manusia baik pengetahuan, sikap maupun keterampilan perawat tidak ada kendala.
- B. Unsur metode yang digunakan untuk penyelesaian masalah tidak ada kendala.

- C. Unsur mesin tidak ada kendala.
- D. Unsur material berupa label infus yang digunakan tidak sesuai atau kualitas label mudah terhapus atau karena tinta yang digunakan tidak mendukung sehingga timbul masalah.
- E. Unsur Lingkungan tidak ada kendala.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Fishbone analisis atau proses analisis penyebab masalah dengan menganalisis berbagai dimensi penyebab masalah, dimensi nya terdiri dari 5 M 1 E (Man, Money, Material, Machine, Method, Environment).

Referensi: Dedi, B. 2021. Kepemimpinan Dan Manajemen Pelayanan Keperawatan:Teori, Konsep Dan Implementasi. Trans Info Media.

### **17.C. Kondisi Potensial Cedera (KPC).**

Obat *ceftazidime* diletakkan berdekatan dengan obat *cefepime*.

- A. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
- B. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien, sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.
- C. Kondisi Potensial Cedera (KPC)/ reportable circumstance adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- D. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ adverse event adalah insiden yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (commission) atau karena tidak bertindak (omission) bukan karena "underlying disease" atau kondisi pasien.
- E. Kejadian katastropik/ sentinel event adalah suatu kejadian yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM/ look-Alike, Sound-Alike Medication Names). SPO penyimpanan obat NORUM /LASA (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip) dimana harus diselang 2 obat lain.

Referensi: Permenkes RI No: NOMOR 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien RS.

### **18.E. Melaporkan pada kepala ruangan dan DPJP.**

- Perawat segera melakukan penatalaksanaan kejang.
- Melakukan investigasi kejadian: setelah tahap pelaporan.
  - Melakukan asesmen pada pasien: tahap awal di tempat kejadian sudah dilakukan.
  - Memindahkan pasien ke ruang isolasi: merupakan tindakan berisiko, seharusnya mengevakuasi ke tempat yang aman untuk tindakan maupun pemeriksaan lebih lanjut.
  - Membuat catatan insiden pasien jatuh: merupakan tahap pelaporan.
  - Melaporkan pada kepala ruangan dan DPJP: tahapan yang tepat setelah pertolongan kepada pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur penanganan pasien jatuh. Berikut langkah dalam penanganan pasien jatuh:

- Langkah pertama yang harus dilakukan perawat setelah pasien jatuh adalah pertolongan pertama dengan mengkaji kondisi pasien di tempat jatuh lalu mengevakuasi ke tempat yang aman untuk tindakan maupun pemeriksaan lebih lanjut
- Langkah kedua adalah melapor atau memberi tahu atasan.
- Langkah ketiga adalah dokumentasi untuk kepentingan investigasi kejadian: mendokumentasikan jatuh, memasukkan semua pengamatan, pernyataan pasien, penilaian, intervensi, dan evaluasi.

Referensi: NSW Government. 2023. Clinical Excellent Commision Post Fall Guide. [https://www.cec.health.nsw.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/258465/Post-Fall-Guide.pdf](https://www.cec.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0003/258465/Post-Fall-Guide.pdf)

### **19.B. Kompromi.**

Pendapat mereka sangat mempengaruhi kesejahteraan.

Kepala ruang menjadi mediator sehingga mencapai titik tengah fleksibilitas dan konsistensi.

- Kompetisi, penyelesaian ini menekankan bahwa hanya ada satu orang atau kelompok yang menang tanpa mempertimbangkan yang kalah.
- Kompromi, proses penyelesaian konflik dilakukan ketika masing-masing pihak yang terlibat dapat menurunkan tuntutan, sehingga dapat menghasilkan titik temu yang dapat diterima kedua belah pihak, yaitu fleksibilitas dan konsistensi. Kompromi digunakan ketika kedua pihak memiliki kepentingan yang penting, pada kasus mempengaruhi kesejahteraan kedua belah pihak

- C. Kolaborasi, penyelesaian konflik dengan cara memuaskan kedua belah pihak yang berkonflik, mengurangi kerugian, dan mencapai kesepakatan bersama tanpa adanya pihak ketiga sebagai penengah konflik.
- D. Akomodasi, mengatasi konflik dengan mengorbankan kepentingan diri sendiri dan rela untuk mengorbankan segalanya demi untuk mempertahankan hubungan dengan pihak lain yang sedang konflik.
- E. Menghindar, pemecahan masalah dengan cara salah satu pihak yang berselisih menarik diri atau menghindari konflik.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Manajemen Konflik. Manajemen konflik mencakup berbagai pendekatan dan strategi untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan konflik.

Referensi: Dedi, B. 2021. Kepemimpinan Dan Manajemen Pelayanan Keperawatan:Teori, Konsep Dan Implementasi. Trans Info Media.

#### **20.D. Memanggil perawat untuk konfirmasi kebenaran laporan.**

Ketua tim di ruang rawat bedah menerima laporan.

- A. Memberi contoh cara perawatan luka: pembinaan staf untuk meningkatkan keterampilan staf.
- B. Mendampingi perawat setiap perawatan luka: pembinaan staf untuk meningkatkan keterampilan staf.
- C. Menilai kemampuan perawat dalam perawatan luka: termasuk dalam klarifikasi masalah dengan megajukan pertanyaan terkait masalah yang ada, dilanjutkan dengan tahap refleksi.
- D. Memanggil perawat untuk konfirmasi kebenaran laporan: yaitu proses untuk mendapatkan penegasan mengenai keberadaan terlapor yang teridentifikasi termasuk masalah yang dilaporkan.
- E. Menugaskan perawat terampil untuk melatih perawatan luka: pembinaan staf untuk meningkatkan keterampilan staf.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep supervisi secara tidak langsung yang dilakukan melalui laporan baik tertulis atau tidak tertulis. Hal ini memungkinkan terjadinya salah pengertian dan salah perepsi karena atasan tidak melihat kejadian secara langsung.

Tahapan supervisi pasca temuan laporan lisan/ tertulis, meliputi:

1. Melakukan Identifikasi masalah melalui Konfirmasi, yaitu proses kegiatan untuk mendapatkan penegasan mengenai keberadaan terlapor yang teridentifikasi termasuk masalah yang dilaporkan.
2. klarifikasi masalah: supervisor melakukan klarifikasi masalah dengan megajukan pertanyaan terkait masalah yang ada, dilanjutkan dengan tahap refleksi.
3. memberikan respon temuan masalah: memberikan respon terhadap temuan masalah yang tidak sesuai standar dengan menentukan alternatif pemecahan masalah secara bersama-sama antara supervisor dan staf.
4. melakukan pencatatan hasil supervise: Hasil temuan supervise digunakan sebagai laporan untuk melakukan pembinaan staf dan untuk memberikan umpan balik kepada staf sehingga meningkatkan kinerja dan keterampilan staf yang di supervise.

Referensi: Erita. 2019. Buku Materi Pembelajaran Manajemen Keperawatan. Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia Jakarta.

## 21.B. Competing.

Manajemen Konflik.

- A. Avoiding, penyelesaian untuk menghindari terjadinya konflik.
- B. Competing, pihak-pihak yang berkonflik saling bersaing untuk memenangkan konflik dan pada akhirnya harus ada pihak yang dikorbankan (dikalahkan) kepentingannya demi tercapainya kepentingan pihak lain yang lebih kuat atau berkuasa.
- C. Collaborating, pihak-pihak yang saling bertentangan akan sama-sama memperoleh hasil yang memuaskan. Karena mereka justru bekerja sama secara sinergis dalam menyelesaikan persoalan.
- D. Accomodating, penyelesaian dalam mengumpulkan dan mengakomodasikan pendapat pendapat dan kepentingan pihak-pihak yang terlibat konflik, selanjutnya mencari jalan keluar dengan mengutamakan kepentingan pihak lain.
- E. Compromising, penyelesaian konflik dengan cara melakukan negoisiasi terhadap pihak-pihak yang berkonflik sehingga menghasilkan solusi yang sama-sama memuaskan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Manajemen Konflik.

Referensi: Nursalam. (2012). Kepemimpinan dan Manajemen. Jakarta; EGC  
Marquis, B. & Huston, C. 2017. Leadership Roles & Management Function in Nursing. Theory & Application. 9th edn. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

## 22.B. Otoriter.

Gaya Kepemimpinan.

- A. Partisipatif, pemimpin yang menyampaikan hasil dari analisis masalah dan kemudian menyampaikantindakan tersebut kepada bawahannya. Pemimpin meminta kritik dan saran kepada staf serta mempertimbangkan respon staf terhadap usulannya. Keputusan akhir yang diambil bergantung pada kelompok.
- B. Otoriter, Pengambilan keputusan bersifat terpusat, yang berarti hanya satu orang yang mengambil keputusan penting. Pemimpin otoriter memiliki visi yang jelas tentang gambaran besar, tetapi hanya melibatkan anggota lain dalam tim berdasarkan tugas atau kebutuhan.
- C. Demokratis, pemimpin jenis ini mendistribusikan tanggung jawab dalam mengambil keputusan kepada semua orang.
- D. Laissez faire, Pemimpin delegatif sangat jarang memandu grup. Mereka memungkinkan kebebasan mutlak bagi anggota tim dalam proses pengambilan keputusan.
- E. Situasional, Pemimpin situasional menyesuaikan gaya kepemimpinan mereka sesuai dengan tingkat kompetensi dan komitmen bawahan. Kepemimpinan situasional adalah gaya fleksibel yang dirancang untuk memaksimalkan potensi sambil memenuhi tenggat waktu atau pencapaian perusahaan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Gaya Kepemimpinan.

Referensi: Manullang. 2014. Dasar-Dasar Manajemen. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

## 23.B. Kasus.

Metode Asuhan Keperawatan.

- A. Tim, pengorganisasian pelayanan keperawatan dengan menggunakan tim yang terdiri atas kelompok klien dan perawat. Kelompok ini dipimpin oleh perawat yang berpengalaman serta memiliki kompetensi di bidangnya.

- B. Kasus, metode pemberian asuhan dimana perawat bertanggungjawab terhadap pasien tertentu yang didasarkan pada rasio satu perawat untuk satu pasien dengan pemberian perawatan menetap untuk periode tertentu.
- C. Primer, didasarkan pada gagasan bahwa perawat bertanggung jawab untuk merencanakan, memberikan, dan mengevaluasi perawatan satu atau lebih pasien dari saat masuk hingga keluar selama 24 jam. Untuk menciptakan kesinambungan perawat
- D. Modular, pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang bertanggung jawab mengetahui kondisi pasien dari awal masuk sampai pulang.
- E. Fungsional, berfokus pada distribusi pekerjaan berdasarkan tugas dan prosedur dimana target dari tindakan keperawatan adalah tugas yang memprioritaskan kepada pemenuhan fisik pasien sehingga kurang menekankan kepada asuhan yang holistik.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Metode Asuhan Keperawatan.

Referensi: Nursalam. (2012). Kepemimpinan dan Manajemen. Jakarta; EGC

#### **24.C. *Controlling*.**

Fungsi Manajemen.

- A. *Planning*, penentuan tujuan dan bagaimana cara pencapaian yang terbaik.
- B. *Coordinating*, melakukan berbagai kegiatan agar tidak terjadi kekacauan, percekongan, kekosongan kegiatan, dengan jalan menghubungkan, menyatukan dan menyelaraskan pekerjaan bawahan sehingga terdapat kerja sama yang terarah dalam usaha mencapai tujuan organisasi.
- C. *Controlling*, monitoring dan perbaikan aktifitas yang sedang berjalan agar tujuan dapat tercapai. Mengadakan koreksi sehingga apa yang dilakukan bawahan dapat diarahkan ke jalan yang benar dengan maksud tercapai tujuan yang sudah digariskan semula.
- D. *Organizing*, penentuan bagaimana penyusunan organisasi dan aktifitas dapat dilakukan.
- E. *Directing*, memberi bimbingan, saran, perintah-perintah, agar tugas dapat dilaksanakan dengan baik dan benar-benar tertuju yang telah ditetapkan semula.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Fungsi Manajemen.

Referensi: Soelistya, Djoko. 2021. Buku Ajar Manajemen Sumber Daya Manusia Strategy. Sidoarjo: Nizamia Learning Center.

## 25.E. Konflik Interpersonal.

Manajemen Konflik.

- A. Konflik intergrup, konflik yang terjadi antar kelompok lain yang mementingkan kepentingan atau tujuan tujuan tugas. Sehingga anggota-anggota kelompok cenderung menganggap kelompok mereka lebih superior dibandingkan kelompok lainnya.
- B. Konflik vertical, konflik karena atasan berupaya mengendalikan pihak bawahan dan pihak bawahan cenderung menentang.
- C. Konflik intragroup, konflik yang terjadi karena ketidaksetujuan antara anggota anggota kelompok dan konflik yang berkaitan dengan reaksi-reaksi emosional yang timbul sewaktu berlangsungnya perbedaan antar pribadi.
- D. Konflik intrapersonal, konflik yang terjadi di dalam individu terjadi apabila seorang individu tidak pasti tentang pekerjaan yang diharapkannya untuk dilaksanakan atau adanya tuntutan tertentu yang berhubungan dengan pekerjaan tersebut berbenturan dengan tuntutan lain atau apabila individu tersebut diekspektasi untuk melakukan hal-hal yang melebihi kemampuannya.
- E. Konflik interpersonal, konflik antar individu yang terjadi di dalam kelompok sering kali terlihat sebagai hal yang timbul karena perbedaan-perbedaan dalam kepribadian.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Manajemen Konflik.

Referensi: Murray, Elizabeth. 2017. Nursing Leadership and Management For Patient Safety And Quality Care. Philadelphia: F.A. David Company.  
Soelistya, Djoko. 2021. Buku Ajar Manajemen Sumber Daya Manusia Strategy. Sidoarjo: Nizamia Learning Center

## 26.D. Disseminator.

Peran Ners (perawat).

- A. *Leader*, peran sebagai leader di tunjukkan melalui kemampuan mempengaruhi dan memotivasi pasien untuk mencapai tujuan asuhan.

- B. *Liaison*, peran sebagai liaison di tunjukkan dengan memelihara jaringan informasi/komunikasi yang baik dengan pasien dan anggota tim keperawatan maupun kesehatan lain.
- C. *Monitor*, peran monitor dilakukan dengan mengobservasi perkembangan asuhan pasien.
- D. *Disseminator*, peran disseminator dilakukan dengan berbagi informasi dan memberikan informasi terkait perubahan status pasien yang perlu perhatian.
- E. *Spokesperson*, peran spokesperson atau juru bicara pasien agar berbagai pihak memahami tujuan asuhan dengan baik.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang "Peran Ners sebagai manager asuhan keperawatan".

Referensi: Nursalam. 2019. Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 3. Salemba Medika. Jakarta.

### **27.B. *Partial care*.**

Tingkat ketergantungan pasien.

- A. *Total care*, perawatan total membutuhkan waktu 5-6 jam/24 jam. Semua keperluan pasien dibantu, observasi tanda-tanda vital setiap 15 menit, makan melalui ngt dan pasien dengan disorientasi.
- B. *Partial care*, perawatan partial membutuhkan waktu 3-4 jam/24 jam. Kebersihan diri dibantu, makan dan minum dibantu, observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam dan pasien terpasang kateter.
- C. *Minimal care*, perawatan minimal membutuhkan waktu 1-2 jam/24 jam. Kebersihan diri, mandi, makan dilakukan sendiri, ambulasi dengan pengawasan dan observasi tanda-tanda vital setiap pergantian shift.
- D. *Intensive care*, ruangan untuk pasien yang membutuhkan perhatian khusus.
- E. *Intermediat care*, ruang peralihan untuk pasien dari ruang intensive

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang "tingkat ketergantungan pasien".

Referensi: Nursalam. 2019. Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 3. Salemba Medika. Jakarta.

**28.D. Kompromi.**

Strategi penyelesaian konflik.

Strategi penyelesaian konflik yaitu:

- A. Akomodasi, pada strategi ini seseorang berusaha mengakomodasi permasalahan dan memberi kesempatan pada orang lain untuk menang.
- B. Smoothing, penyelesaian konflik dengan cara mengurangi komponen emosional, individu yang terlibat berupaya mencapai kebersamaan dengan penuh kesadaran dan inti peksi diri.
- C. Kolaborasi, merupakan strategi win-win solution, kedua pihak yang terlibat menentukan tujuan bersama dan bekerjasama dalam mencapai suatu tujuan.
- D. Kompromi/negosiasi, strategi penyelesaian konflik dimana semua yang terlibat saling menyadari dan sepakat pada keinginan bersama. Strategi ini disebut lose-lose situation, kedua pihak yang terlibat saling menyerah dan menyepakati hal yang telah dibuat.
- E. Kompetisi, diartikan sebagai win-lose situation. Penyelesaian ini menekankan hanya ada satu orang atau kelompok yang menang tanpa mempertimbangkan yang kalah.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang "Manajemen konflik tentang strategi penyelesaian konflik".

Referensi: Nursalam. 2019. Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 3. Salemba Medika. Jakarta.

**29.A. Melakukan pengkajian pasien.**

Pengurangan resiko pasien jatuh.

Bila ada kejadian pasien jatuh maka sebagai langkah awal perawat perlu.

- A. Melakukan pengkajian pasien meliputi perubahan kondisi pasien yang terjadi akibat jatuh.
- B. Kemudian perawat melapor kepada kepala ruang dan dokter penanggung jawab tentang insiden tersebut
- C. Membuat laporan tentang insiden jatuh minum dibantu, observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam dan pasien terpasang kateter.
- D. Setelah penanganan pasien jatuh perawat bisa meminta keluarga untuk selalu menemani pasien
- E. Dan memberikan penekes kepada keluarga tentang penanganan resiko jatuh

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang " Pasien Safety tentang pengurangan resiko pasien jatuh".

Referensi: Nursalam. 2019. Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 3. Salemba Medika. Jakarta.

### **30.A. Melanjutkan pengkajian pada pasien.**

Perencanaan pengelolaan pasien.

Setelah mendapat gambaran tentang kondisi pasien.

- A. Maka perawat profesional perlu melanjutkan pengkajian pada pasien dan melaksanakan asuhan keperawatan sesuai rencana keperawatan yang telah dibuat oleh ketua tim.
- B. Membaca prosedur perawatan pasien dilakukan sebelum melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien.
- C. Membuat rencana a asuhan keperawatan dilakukan oleh ketua tim.
- D. Menentukan tingkat ketergantungan pasien dilakukan oleh katim.
- E. Melaporkan kondisi pasien ke dokter penanggung jawab jika ada penurunan kondisi pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang "POSAC" : Perencanaan dalam pengelolaan pasien oleh Ners.

Referensi: Nursalam. 2019. Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 3. Salemba Medika. Jakarta.

### **31.C. Partial care.**

Pasien dapat makan dan minum sendiri, didampingi perawat apabila pindah posisi dari tempat tidur ke kursi dan ke kamar mandi.

- A. Kemampuan seseorang untuk merawat dirinya sendiri secara mandiri.
- B. Klien memerlukan bantuan perawat sepenuhnya dan memerlukan waktu perawat yang lebih lama.
- C. Klien memerlukan bantuan perawat sebagian.
- D. Klien bisa mandiri/hampir tidak memerlukan bantuan.
- E. Ruang perawatan khusus untuk pasien yang membutuhkan perawatan intensif sekaligus pengawasan secara berkala.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tingkat ketergantungan pasien

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

### **32.B. Post conference.**

Hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat pelaksana pada pasien kelolaannya.

- A. Pre conference adalah diskusi tentang aspek klinik sebelum melaksanakan asuhan pada pasien.
- B. Post conference adalah diskusi tentang aspek klinik sesudah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien.
- C. Timbang terima merupakan teknik yang digunakan untuk menyampaikan dan menerima laporan sehubungan dengan keadaan klien dilakukan antar perawat dengan perawat maupun antara perawat dengan klien.
- D. Diskusi yang dilakukan setiap seminggu sekali.
- E. Diskusi Refleksi Kasus metode pembelajaran dalam bentuk kelompok diskusi pengalaman klinik tentang kasus penyakit pasien, masalah perawatan pasien, dan masalah-masalah dalam manajemen pelayanan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang conference.

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

### **33.C. Assessment.**

Pasien mengeluh nyeri skala 7, nyeri hilang timbul.

- A. *Situation*, perawat menyebut usia pasien, jenis kelamin, diagnosis, prosedur, status mental, kondisi pasien apakah stabil atau tidak.
- B. *Background*, perawat menyampaikan apa saja yang terjadi pada pasien (pokok masalah), keluhan yang mendorong untuk dilaporkan misalnya sesak napas, nyeri dada, dan sebagaimana. Perawat juga perlu menjelaskan kronologi mengapa masalah itu muncul serta data penunjang pasien.
- C. *Assesment*, Penilaian yang dilakukan yang difokuskan pada problem yang terjadi pada pasien jika tidak diantisipasi masalah tersebut akan menyebabkan kondisi yang lebih buruk.
- D. *Identification*, kepada pasien untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya sehingga memperlancar atau mempermudah dalam pemberian pelayanan kepada pasien.

- E. *Recomendation*, menyebutkan hal-hal yang dibutuhkan untuk ditindak lanjuti dan intervensi yang perlu direkomendasikan oleh perawat.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Komunikasi SBAR.

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

#### **34.D. *Laissez-faire*.**

Semua anggota staf membantu dalam pengambilan keputusan dan pengembangan tujuan unit.

- A. Gaya kepemimpinan yang memiliki kriteria atau ciri yang selalu menganggap organisasi sebagai milik pribadi, arogan, mengidentikan tujuan pribadi dengan tujuan organisasi, menganggap bawahan sebagai alat semata.
- B. Gaya kepemimpinan di mana seorang pemimpin menyesuaikan gaya kepemimpinannya agar sesuai dengan lingkungan.
- C. Gaya kepemimpinan yang menekankan partisipasi dan kolaborasi antara pemimpin dan bawahan.
- D. Pemimpin yang memberikan kebebasan yang besar kepada setiap orang yang dipimpinnya, baik dalam melakukan pekerjaan ataupun dalam pengambilan keputusan penting sekalipun.
- E. Gaya kepemimpinan yang dilakukan pemimpin dengan memotivasi dan memberdayakan orang-orang yang menjadi tanggung jawabnya untuk bekerja sama.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang gaya kepemimpinan.

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

#### **35.E. Tim.**

Sarjana keperawatan, dan level pendidikan perawat yang lebih rendah yang bekerja bersama.

- A. Pengorganisasian pelayanan keperawatan oleh sekelompok perawat.
- B. Metode asuhan keperawatan dengan menugaskan setiap perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien saat dinas yang diterapkan satu perawat satu pasien.

- C. Perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit.
- D. Asuhan berorientasi pada jenis tugas tertentu.
- E. Asuhan secara komprehensif terhadap satu / sekelompok pasien pada shift dinas tertentu.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang metode asuhan keperawatan.

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



**SOAL**  
**KEPERAWATAN MATERNITAS**

1. Perempuan, 26 tahun, hamil 24 minggu datang ke Puskesmas untuk memeriksakan kehamilan. Hasil pengkajian: riwayat persalinan tahun 2016 melahirkan bayi perempuan dengan usia kehamilan 40 minggu, tahun 2020 melahirkan bayi laki-laki usia kehamilan 39 minggu, tahun 2022 mengalami keguguran. Apa kode diagnosis obstetri yang tepat pada kasus tersebut?
  - A. G<sub>3</sub>P<sub>2</sub> A<sub>1</sub>
  - B. G<sub>3</sub>P<sub>3</sub> A<sub>1</sub>
  - C. G<sub>4</sub>P<sub>2</sub> A<sub>1</sub>
  - D. G<sub>4</sub>P<sub>3</sub> A<sub>0</sub>
  - E. G<sub>3</sub>P<sub>2</sub> A<sub>0</sub>
2. Perempuan, 27 tahun, G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> datang ke Puskesmas untuk memeriksakan kehamilannya, pada tanggal 17 April 2023. Hasil anamnesis didapatkan HPHT tanggal 21 November 2022, siklus 28 hari. Pemeriksaan fisik: TD: 110/70 mm/Hg, nadi 80x/menit, napas 18x/menit. Hasil Pemeriksaan *Leopold* TFU 3 jari diatas pusat, teraba bulat lunak. Pemeriksaan Laboratorium: *plano test positive*. Apa pemeriksaan *Leopold* selanjutnya pada kasus tersebut?
  - A. Menentukan berapa jumlah detak jantung janin.
  - B. Menentukan bagian apa yang ada dibagian fundus.
  - C. Menentukan bagian apa yang ada di bagian terendah.
  - D. Menentukan bagian apa yang ada disisi perut kanan/kiri ibu.
  - E. Menentukan seberapa jauh bagian terendah sudah masuk PAP.
3. Perempuan, 23 tahun, G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> datang ke Puskesmas untuk memeriksakan kehamilannya, pada tanggal 7 September 2023. Hasil anamnesis didapatkan HPHT tanggal 10 Maret 2023, siklus 28 hari. Pemeriksaan fisik: TD 110/70 mm/Hg, nadi: 80 x/menit, TFU 3 jari diatas pusat. Pemeriksaan Laboratorium: *plano test positif*. Kapankah Tafsiran Persalinan pada kasus tersebut?
  - A. 17 – 12 – 2023
  - B. 17 – 10 – 2023
  - C. 19 – 10 – 2023
  - D. 19 – 10 – 2023
  - E. 17 – 12 – 2024
4. Perempuan, 20 tahun datang ke RS dengan hamil anak pertama, usia kehamilan 12 minggu. Hasil anamnesis: mengatakan setiap pagi mual dan muntah, berat badannya tidak pernah naik sejak hamil, makan hanya sedikit. Hasil pemeriksaan: mata terlihat agak cekung dan mukosa bibir kering, TD 100/70

mmHg, nadi 88 x/menit teraba lemah, napas 18x/menit, suhu 37°C. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Ansietas
  - B. Hipovolemia
  - C. Intoleransi aktifitas
  - D. Penurunan perfusi jaringan
  - E. Resiko ketidakseimbangan elektrolit
5. Perempuan, 38 tahun, jumlah anak 3 orang, anak terkecil 6 tahun, datang ke puskesmas ingin memakai alat kontrasepsi. Hasil anamnesis: tidak menginginkan hamil lagi, menstruasinya baru saja selesai, tidak ada keluhan riwayat reproduksi. Hasil pemeriksaan fisik: secara *inspeculo* tidak ada kelainan, TD 160/100mmHg. Apa metode kontrasepsi yang cocok pada kasus tersebut?
- A. KB Pil
  - B. AKDR
  - C. KB suntik
  - D. KB susuk
  - E. MOW/MOP
6. Perempuan, 29 tahun, datang ke poliklinik. Hasil pengkajian: klien hamil anak kelima, hamil kedua dengan riwayat abortus, hamil keempat melahirkan bayi kembar. Bagaimana penulisan status obstetrik pasien tersebut?
- A. G5P4A1
  - B. G5P3A1
  - C. G5P2A1
  - D. G5P4A0
  - E. G5P3A0
7. Perempuan, 27 tahun, datang ke poliklinik KIA. Hasil pengkajian: G1P0A0, HPHT 21 Februari 2020, siklus 28 hari, TD 120/80mmHg, Nadi 90x/menit, Napas 20x/menit, Suhu 36,7°C. Kapan taksiran persalinan pada kasus tersebut?
- A. 24 Oktober 2020
  - B. 28 Oktober 2020
  - C. 24 November 2020
  - D. 28 November 2020
  - E. 30 November 2020

8. Perempuan,, 25 tahun dirawat di ruang nifas. Hasil pengkajian: P1A0, *Post partum* hari ketiga, puting payudara kanan lecet, ASI keluar banyak jika dipalpasi, dari hasil pengamatan posisi dan perlekatan saat menyusui masih belum tepat. Apa tindakan yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Kompres hangat.
  - B. Massage payudara.
  - C. Memperbaiki posisi menyusui.
  - D. Menunda menyusui sampai puting susu sembuh.
  - E. Mengoleskan ASI pada puting susu setiap selesai menyusui.
9. Perempuan, 39 tahun, dirawat di RS dengan kanker serviks. Hasil pengkajian: HPV (+), keluar cairan encer putih kekuningan bercampur darah dan nanah, pendarahan spontan tidak pada masa haid/diantara menstruasi, kondisi pasien hanya diketahui oleh suami, perawat menolak menyampaikan kondisi pasien sebenarnya kepada anggota keluarga yang lain. Apa prinsip etik yang diterapkan perawat pada kasus tersebut?
- A. fidelity
  - B. veracity
  - C. otonomi
  - D. beneficence
  - E. confidentiality
10. Perempuan, 36 tahun, datang ke poliklinik kandungan. Hasil pengkajian: *postpartum* 3 minggu yang lalu, bayi lahir sehat menyusui ASI eksklusif, TD: 140/90mmHg, nadi: 89x/menit, napas: 24x/menit, pasien ingin berkonsultasi tentang kontrasepsi yang cocok untuk dirinya karena belum mau untuk steril. Apa kontrasepsi yang disarankan untuk kasus tersebut?
- A. Pil KB
  - B. Implant
  - C. Suntik KB
  - D. Tubektomi
  - E. Intra Uterine Device
11. Perempuan, 47 tahun, G2P1A0 datang ke RS untuk kontrol kehamilan. Hasil pengkajian: *Leopold ITFU* 35cm, fundus teraba bokong. Berapa usia kehamilan pada kasus tersebut?
- A. 30 minggu
  - B. 32 minggu

- C. 35 minggu  
D. 38 minggu  
E. 40 minggu
12. Perempuan, 37 tahun, G4P2A1, hamil 37 minggu datang kontrol kehamilan ke RS. Pasien memiliki riwayat melahirkan 2 kali sesar dan 1 kali abortus pada persalinan yang lalu atas indikasi *preeklampsia* berat. Hasil pengkajian: TD 160/100mmHg, nadi 70 x/menit, napas 16x/menit, suhu 36°C, TFU 32cm, DJJ 140x/menit, irama teratur. Apa jenis persalinan yang tepat kasus tersebut?  
A. spontan  
B. induksi  
C. seksio sesaria  
D. forceps ekstraksi  
E. vacum ekstraksi
13. Perempuan, 60 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis *Ca Cerviks*. Pasien merasa sangat khawatir dengan kondisinya. Pasien memanggil perawat saat tengah malam. Hasil pengkajian: pasien mengeluh kram otot-otot kaki, merasa jari tangan dan kaki seperti tertusuk-tusuk, nampak sering menghela napas, tangan dingin, basah sewaktu disentuh dan ada sedikit tremor. Apa intervensi yang tepat pada kasus tersebut?  
A. Meminta pasien segera tidur.  
B. Memberi minuman susu hangat.  
C. Menawarkan pasien antasida pilihan.  
D. Menenangkan dan berdiskusi tentang ketakutannya.  
E. Menaikkan posisi kepalanya untuk memperbaiki ventilasi.
14. Perempuan, 32 tahun, G1P0A0, hamil 38 minggu datang ke RS jam 01.00. Hasil pengkajian: adanya keluhan mulas-mulas, keluar lendir bercampur darah dari vagina, periksa dalam menunjukkan pembukaan serviks 4cm. Jam berapa periksa dalam selanjutnya dilakukan?  
A. Jam 02.00  
B. Jam 04.00  
C. Jam 05.00  
D. Jam 06.00  
E. Jam 07.00

15. Perempuan, 43 tahun, G4P2A1 hamil 37 minggu, dengan *preeklampsia* berat. Hasil pengkajian: TD 170/100mmHg, protein urin (+++), sebelumnya menggunakan KB spiral dan gagal. Apa jenis kontrasepsi yang tepat pada kasus tersebut?
- A. IUD
  - B. pil
  - C. suntik
  - D. kontap
  - E. norplant
16. Perempuan, 25 tahun, G1P0A0, di ruang bersalin, memasuki kala IV. Hasil pengkajian: TD 110/70mmHg, napas 24x/menit, nadi 82x/menit, suhu 37°C. Perawat melakukan pemantauan kontraksi dan mencegah terjadinya perdarahan pervaginam. Apa tindakan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Membiarakan bayi tetap kontak kulit di dada ibu.
  - B. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT.
  - C. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan massage uterus.
  - D. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernapas dengan baik.
  - E. Melakukan penimbangan BB/pengukuran bayi, memberikan salep mata dan vitamin K.
17. Perempuan, 28 tahun, P2A0, datang ke poliklinik kebidanan, dengan riwayat *preeklampsia*. Hasil pengkajian: TD 140/90mmHg, nadi 84x/menit, napas 20x/menit, suhu 36,5°C. Pasien mengatakan ingin menunda memiliki anak lagi. Apa alat kontrasepsi yang cocok digunakan pada kasus tersebut?
- A. pil
  - B. IUD
  - C. suntik
  - D. implant
  - E. kondom
18. Perempuan, 30 tahun, G3P1A1, datang ke poliklinik kebidanan. Hasil pengkajian: TD 120/80mmHg, napas 20x/menit, ]nadi 80x/menit, suhu 36,5°C. Pasien mengatakan hari terakhir haid tanggal 9 September 2023, lamanya 7 hari. Kapan taksiran persalinan pasien tersebut?
- A. 9 Juli 2024
  - B. 16 Juli 2024
  - C. 6 Juni 2024

- D. 9 Juni 2024
- E. 16 Juni 2024

19. Perempuan, 35 tahun, dirawat di ruang isolasi. Hasil pengkajian: TD 90/70mmHg, napas 20x/menit, nadi 80x/menit, suhu 37,7°C. Pasien mengeluh nyeri menelan, terdapat *candidiasis oral*. Hasil pemeriksaan laboratorium HIV +, informasi tersebut disampaikan perawat hanya kepada suaminya. Apakah prinsip etik yang diterapkan pada kasus tersebut?
- A. justice
  - B. veracity
  - C. beneficence
  - D. confidentiality
  - E. nonmaleficence
20. Perempuan, 25 tahun, G1P0A0, 38 minggu, datang ke poliklinik kebidanan. Hasil pengkajian: TD 110/70mmHg, pnaas 24 x/menit, nadi 88x/menit, suhu 37°C. TFU 36cm. Pasien mengeluh mulas-mulas 4 kali setiap 10 menit selama 45 detik, sudah keluar lendir bercampur darah. Saat dilakukan pemeriksaan dalam sudah ada pembukaan lengkap, serviks tipis dan mendatar, pasien meringis kesakitan. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. nyeri akut.
  - B. nyeri kronis
  - C. risiko infeksi
  - D. nyeri melahirkan
  - E. risiko ketidakseimbangan cairan
21. Perempuan, 23 tahun, P1A0, dirawat di RS dengan keluhan tidak tahu cara menyusui yang benar. Hasil pengkajian, pasien melahirkan 12 jam yang lalu, bayi rawat gabung, payudara bersih, puting susu menonjol, areola hiperpigmentasi, colostrum (+), Pasien dilatih melakukan teknik menyusui yang benar. Pasien dianjurkan cuci tangan dan membersihkan puting susu dengan kapas air matang. Apa tindakan selanjutnya yang paling tepat pada kasus tersebut?
- A. mengeluarkan ASI
  - B. melakukan reflek rooting
  - C. bayi diletakkan menghadap perut ibu/payudara
  - D. memegang payudara dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah

- E. kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dan putting serta areola di masukkan ke mulut bayi
22. Perempuan, 21 tahun, P1A0, datang ke Klinik untuk menjadi akseptor KB. Hasil pengkajian: *postpartum* 45 hari, menyusui, menstruasi 1 minggu yang lalu, belum melakukan hubungan suami-istri, berkeinginan untuk KB, tidak punya riwayat hipertensi, TD 120/80mmHg, nadi 84x/menit, napas 20x/menit. Apa ciri-ciri kontrasepsi yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Efektivitas tinggi.
  - B. Reversibilitas tinggi.
  - C. Tidak menghambat ASI.
  - D. Dapat dipakai jangka Panjang.
  - E. Tidak menambah kelainan yang suda ada.
23. Perempuan, 23 tahun, G1P0A0, hamil 9 minggu datang ke RS dengan keluhan mual dan muntah. Hasil Pengkajian: nafsu makan berkurang dan merasa lemah, TD 90/60mmHg, nadi 112x/menit, napas 24x/menit, suhu 38,9°C, mata cekung, napas berbau aseton, turgor kulit menurun, aseton urin positif. Apa masalah utama pada kasus tersebut?
- A. nausea
  - B. risiko syok
  - C. hipovolemia
  - D. defisit nutrisi
  - E. intoleransi aktivitas

# **PEMBAHASAN SOAL**

## **KEPERAWATAN MATERNITAS**

**1. C. G4P2 A1**

Diagnosis Obstetri

- A. Kehamilan ke 3, pernah melahirkan cukup bulan: 2 kali, pernah abortus : 1 kali.
- B. Kehamilan ke 3, pernah melahirkan cukup bulan: 3 kali, pernah abortus : 1 kali.
- C. Kehamilan ke 4, pernah melahirkan cukup bulan: 2 kali, pernah abortus : 1 kali.
- D. Kehamilan ke 4, pernah melahirkan cukup bulan: 3 kali,
- E. Kehamilan ke 3, pernah melahirkan cukup bulan: 2 kali,

Keterangan singkatan:

G: gravida : jumlah kehamilan saat ini.

P :Para : paritas , partus : adalah kelahiran setelah gestasi 20 mgg, tanpa melihat kondisi bayi, hidup atau mati

A: Abortus : pernah mengalami abortus, keluarnya hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan dengan batasa gestasi kurang

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang cara menuliskan diagnosa obstetric.

Referensi: Bobak LM & Jensen MD [1993] Maternity & Ginekologic Care, the Nurse and the Family 5 th ed St. Luis : CV Mosby Company.

Ricci, S.S., & Kyle, T. (2009). Maternity and Pediatric Nursing. China: Lippincott Williams & Walkins.

**2. D. Menentukan bagian apa yang ada disisi perut kanan/kiri ibu.**

Leopold 2.

**A. Pemeriksaan Leopold I**

- Tujuan:
  - 1) Menentukan usia kehamilan
  - 2) Mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri

**B. Pemeriksaan Leopold II**

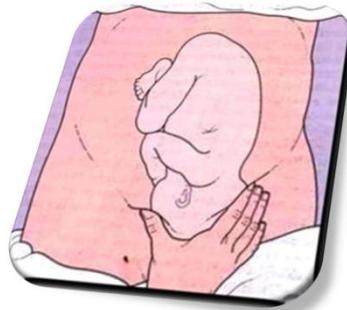
- Tujuan:
  - Menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus, pada letak lintang tentukan di mana kepala janin



### C. Pemeriksaan Leopold III

► Tujuan:

- Menentukan bagian janin apa (kepala atau bokong) yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta apakah bagian janin tersebut sudah memasuki pintu atas panggul (PAP)



### Pemeriksaan Leopold IV

► Tujuan:

Untuk mengkonfirmasi ulang bagian janin apa yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta untuk mengetahui seberapa jauh bagian bawah janin telah memasuki pintu atas panggul



Mahasiswa diharapkan mempelajari urutan pemeriksaan Leopold.

Referensi: Bobak LM & Jensen MD [ 1993 ] Maternity & Ginekologic Care, the Nurse and the Family 5 th ed St. Luis : CV Mosby Company.

Tim POKJA SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Dewan Pengurus Pusat PPNI Tahun 2016

### 3. A. 17 – 12 – 2023.

Menghitung tafsiran persalinan.

Pembahasan.

Pakailah Rumus:

a. +7 -3 +1

Jika HPHT, pada bulan April (4) keatas

b. +7 +9 +0

Jika HPHT, pada bulan Maret (3) kebawah.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang cara menentukan tafsiran persalinan.

Referensi: Ricci, S.S., & Kyle, T. (2009). Maternity and Pediatric Nursing. China: Lippincott Williams & Walkins.

Bobak LM & Jensen MD [ 1993 ] Maternity & Ginekologic Care, the Nurse and the Family 5 th ed St. Luis : CV Mosby Company.

#### **4. B. Hipovolemia.**

Diagnosis keperawatan.

Pembahasan:

Masalah yang tepat, HIPOVOLEMIA

Gejala dan tanda mayor Obyektif: Frekuensi nadi meningkat,

Tekanan darah menurun,

membran mukosa kering

Gejala dan tanda minor Obyektif: BB menurun.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali masalah ibu hamil pada Trimester 1.

Referensi: Ricci, S.S., & Kyle, T. (2009). Maternity and Pediatric Nursing. China: Lippincott Williams & Walkins.

Bobak LM & Jensen MD [ 1993 ] Maternity & Ginekologic Care, the Nurse and the Family 5 th ed St. Luis : CV Mosby Company.

#### **5. E. MOW/MOP**

Indikasi pemakaian Kontrasepsi MOW Rumus 100.

- A. Pil untuk Ibu yg masih ingin punya anak, tekanan darah merupakan kontra indikasi.
- B. Ibu sdh tidak ingin punya anak lagi.
- C. Mengandung hormonal.
- D. Mengandung hormonal.
- E. Sesuai dengan indikasi MOW.

Pemilihan metode kontrasepsi sangat tergantung dari kondisi pasien antara lain:

1. Tujuan dari penggunaan kontrasepsi (untuk mengatur jarak kehamilan anak atau tidak ingin punya anak lagi).

2. Kondisi fisik ibu: beberapa kondisi fisik ibu yang perlu diperhatikan adalah vital sign, BB, TB. Atau IMT dari ibu, riwayat kesehaatan ibu, riwayat penyakit yang diderita ibundaan riwayat penyakit kronis pada keluarga yang mungkin diturunkan (HT, DM, dan obesitas).
3. Jumlah anak.
4. Jenis kontrasepsi yang akan dipilih dan syaratnya:
  - a. Kontrasepsi hormonal (pil, suntik, susuk dn patch) tidak direkomendasikan pada ibu yg mengalami hipertensi, obesitas, varises dan DM).
  - b. Kontrasepsi dalam Rahim AKDR/IUD direkomendasikan pada perempuan yg tdk memiliki riwayat PID, wanita dengan penyakit: HT, Obesitas dan DM. Unsur aktif dalam IUD bekerja dalam area local yaitu endometrium dan uterus saja.
  - c. Kontap direkomendasikan pada perempuan yg sdh memiliki cukup anak dan tdk meninggalkan anak lagi, usia lhd dari 35 tahun, anak terkecil usia lhd dari 2 tahun.

Bisa juga menggunakan Rumus:

MOW/MOP disarankan dg melihat rumus  $> 100$ ,

yaitu: usia ibu X jumlah anak

$$38 \times 3 = 114, \text{ sdh } > 100$$

Strategi:

Kata kunci dari soal diatas adalah usia 38 tahun, jumlah anak 3 orang, tekanan darah 160/100 mmHg, dan tidak menginginkan hamil lagi

Mahasiswa diharapkan mempelajari indikasi dan kontra indikasi pemakaian alat kontrasepsi.

Referensi: Ricci, S.S., & Kyle, T. (2009). Maternity and Pediatric Nursing. China: Lippincott Williams & Walkins.

Bobak LM & Jensen MD [ 1993 ] Maternity & Ginekologic Care, the Nurse and the Family 5 th ed St. Luis : CV Mosby Company.

Tim POKJA SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Dewan Pengurus Pusat PPNI Tahun 2016

**6. A. G5P4A1.**

Status Obstetrik.

- A. G5P4A1: Kehamilan kelima, partus dengan janin hidup berjumlah 4 (partus 1 = 1 anak, P3 = 2 kembar, P4=1anak) pada kehamilan kedua dengan riwayat abortus.
- B. G5P3A1: Kehamilan kelima, partus dengan janin hidup berjumlah 3 pada kehamilan kedua dengan riwayat abortus.
- C. G5P2A1: Kehamilan kelima, partus dengan janin hidup berjumlah 2 (partus 1 = 1 anak, P2 =, P4=1anak) pada kehamilan kedua dengan riwayat abortus.
- D. G5P4A0: Kehamilan kelima, partus dengan janin hidup berjumlah 4
- E. G5P3A0: Kehamilan kelima, partus dengan janin hidup berjumlah 3

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang status obstetrik.

Referensi: Cunningham, et al. 2013. Obstetri Williams. Jakarta: EGC.

**7. D. 28 November 2020.**

Taksiran Persalinan.

- A. 24 Oktober 2020. Salah pada rumus hitung tanggal dan bulan.
- B. 28 Oktober 2020. Salah pada hitung bulan.
- C. 24 November 2020. Salah pada rumus hitung bulan.
- D. 28 November 2020. Benar rumus pada hitung tanggal dan bulan karena untuk bulan januari sampai April rumusnya (hari +7, bulan+9, tahun +0)  
· *Rumus Neagele.*
- E. 30 November 2020. Salah pada hitung hari.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang rumus perhitungan taksiran hari lahir (HPL).

Referensi: Bobak LM & Jensen MD. (2017). Buku Ajar Keperawatan Maternitas edisi 4. Jakarta : EGC

**8. C. Memperbaiki posisi menyusui.**

Menyusui yang benar.

- A. Kompres hangat: untuk membantu mengurangi bendungan pada payudara.
- B. Massage payudara: untuk memperlancar ASI.

- C. Memperbaiki posisi menyusui: agar puting pada payudara tidak lecet karena posisi menyusui yang belum tepat.
- D. Menunda menyusui sampai puting susu sembuh.
- E. Mengoleskan ASI pada puting susu setiap selesai menyusui.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manajemen laktasi.

Referensi: Maryunani. 2012. Inisiasi Menyusui Dini, ASI Ekslusif, dan Menejemen Laktasi. Trans Info Media. Jakarta.

#### **9. E. Confidentiality.**

Etika Keperawatan/Prinsip Etik.

- A. *Fidelity*, perawat harus setia dengan komitmen dan menepati janji, menyimpan rahasia dan caring terhadap pasien/keluarga.
- B. *Veracity*, perawat harus menyampaikan yang sebenarnya tentang kondisi pasien.
- C. *Autonomi*, berdasarkan kemampuan individu untuk membuat keputusan
- D. *Beneficience*, selalu melakukan hal yang baik pada pasien
- E. *Confidentiality*, perawat wajib menjaga kerahasiaan kondisi pasien kecuali jika itu diperlukan secara hukum.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang etika keperawatan.

Referensi: Lubis dkk. 2022. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. K-Media. Yogyakarta

#### **10.E. Intra Uterine Device.**

Kontrasepsi.

- A. Pil KB ada hormonalnya.
- B. Implant merupakan kontrasepsi jangka Panjang akan tetapi masih ada kandungan hormonalnya.
- C. Suntik KB juga masih ada kandungan hormonalnya, tidak bisa diberikan karena pasien memiliki TD yang cenderung tinggi 140/90mmHg.
- D. Tubektomi adalah kontrasepsi bersifat permanen, prosedur ini hanya disarankan pada wanita dewasa yang benar-benar yakin bahwa mereka tidak ingin hamil lagi dan pasien tidak mau disteril.
- E. *Intra Uterine Device*, merupakan kontrasepsi jangka Panjang yang tidak mengandung hormonal.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang metode kontrasepsi.

Referensi: Kementerian Kesehatan RI, 2020. Pedoman Pelayanan Kontrasepsi Dan Keluarga Berencana. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. Jakarta dan Armini dkk. 2016. Buku Ajar Maternitas 2. Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Surabaya.

### 11.E. 40 minggu.

TFU 35 cm.

- A. 30 minggu, bukan jawaban yang tepat karena tidak sesuai dengan rumus *Mc. Donald*.
- B. 32 minggu, bukan jawaban yang tepat karena tidak sesuai dengan rumus *Mc. Donald*.
- C. 35 minggu, bukan jawaban yang tepat karena tidak sesuai dengan rumus *Mc. Donald*.
- D. 38 minggu, bukan jawaban yang tepat karena tidak sesuai dengan rumus *Mc. Donald*.
- E. 40 minggu, jawaban yang tepat karena sesuai dengan penghitungan rumus *Mc. Donald* untuk  $TFU\ 35\ cm \times 8/7 = 40\ \text{minggu}$

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Perhitungan Usia Kehamilan.

Referensi: Prawirohardjo, Sarwono.2010, Ilmu Kebidanan. Jakarta

### 12.C. Seksio sesaria.

Dua kali sesar, PEB dan TD 160/100 mmHg

- A. Spontan, bukan persalinan yang tepat, karena kondisi pasien berisiko bagi ibu dan janin.
- B. Induksi, bukan persalinan yang tepat, karena induksi merupakan kontra indikasi pada PEB.
- C. Seksio sesaria, jenis persalinan yang tepat, karena untuk menurunkan risiko dan mencegah komplikasi pada ibu dan janin.
- D. Forceps ekstraksi, bukan jenis persalinan yang tepat karena tidak sesuai dengan indikasi.
- E. Vacum ekstraksi, bukan jenis persalinan yang tepat karena tidak sesuai dengan indikasi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang jenis persalinan.

Referensi: Prawirohardjo, Sarwono.2010, Ilmu Kebidanan. Jakarta

### **13.D. Menenangkan dan berdiskusi tentang ketakutannya.**

Merasa sangat khawatir.

- A. Meminta pasien segera tidur, bukan jawaban yang tepat, karena pasien tidak bisa tidur dan mengalami kecemasan.
- B. Memberi minuman susu hangat, bukan jawaban yang tepat, karena tidak dapat mengatasi penyebab kecemasan.
- C. Menawarkan pasien antasida pilihan : bukan jawaban yang tepat, karena tidak sesuai indikasi.
- D. Menenangkan dan berdiskusi tentang ketakutannya : jawaban yang tepat karena dapat mengatasi penyebab kecemasan
- E. Menaikkan posisi kepalanya untuk memperbaiki ventilasi : bukan jawaban yang tepat, karena tidak dapat mengatasi penyebab kecemasan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Intervensi Psikologis.

Referensi: Prawirohardjo, Sarwono.2010, Ilmu Kebidanan, Jakarta,

### **14.C. Jam 05.00.**

Jam 01.00.

- A. Jam 02.00, bukan jawaban yang tepat, karena hanya berjarak 1 jam dari waktu periksa dalam sebelumnya.
- B. Jam 04.00, bukan jawaban yang tepat, karena hanya berjarak 3 jam dari waktu periksa dalam sebelumnya.
- C. Jam 05.00, jawaban yang tepat, karena berjarak 4 jam dari waktu periksa dalam sebelumnya. Hal ini sesuai dengan konsep.
- D. Jam 06.00, bukan jawaban yang tepat, karena berjarak 5 jam dari waktu periksa dalam sebelumnya.
- E. Jam 07.00, bukan jawaban yang tepat, karena hanya berjarak 6 jam dari waktu periksa dalam sebelumnya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan dalam.

Referensi: Prawirohardjo, Sarwono.2010, Ilmu Kebidanan. Jakarta

**15.D. Kontap.**

Usia 43 tahun, P7A0.

- A. IUD, bukan jawaban yang tepat, karena pasien grandemultipara dengan riwayat gagal spiral dan usia sudah 43 tahun. Hal ini dapat menyebabkan kehamilan Kembali.
- B. Pil, bukan jawaban yang tepat, karena pasien grandemultipara dan usia sudah 43 tahun. Hal ini dapat menyebabkan kehamilan Kembali.
- C. Suntik, bukan jawaban yang tepat, karena pasien grandemultipara dengan usia sudah 43 tahun akan berisiko bila hamil Kembali.
- D. Kontap, jawaban yang tepat sesuai kondisi pasien grandemultipara dengan usia 43 tahun dan jumlah anak semua hidup, berisiko bila hamil Kembali, sehingga sangat cocok untuk kontrasepsi mantap.
- E. Norplant, bukan jawaban yang tepat, karena pasien grandemultipara dengan semua anak hidup serta usia 43 tahun bila menggunakan Norplant akan hamil Kembali dan ini berisiko.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kontrasepsi.

Referensi: Prawirohardjo, Sarwono.2010, Ilmu Kebidanan. Jakarta

**16.C. Mengajarkan ibu / keluarga cara melakukan massage uterus.**

Kala IV.

- A. Tetap melakukan kontak bayi dan ibu untuk mempertahankan bonding attachment dan keberhasilan dalam inisiasi menyusu dini.
- B. Memberikan rasa nyaman pada ibu setelah melahirkan.
- C. Pada kala IV atau dua jam post partum perlu untuk pengecekan pada ibu, yang disebut involusi uteri, adakah kontraksi uterus, tinggi fundus uterus sesuai penurunannya, dan Tindakan yang bisa memantau atau pencegahan perdarahan yaitu mengajarkan ibu atau keluarga cara melakukan massage uterus memutar daerah abdomen bagian uterus searah jarum jam, bila teraba keras berarti tidak terjadi perdarahan, tetapi bila terabsa lunak mengidentifikasi adanya perdarahan.
- D. Mengobservasi kondisi bayi.
- E. Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, dan memberikan salep mata agar terhindar dari infeksi yang dilalui dari jalan lahir, dan diberikan vitamin K untuk menghindari terjadinya perdarahan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Tindakan yang harus dilakukan pada kala IV.

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

### **17.B. IUD.**

Alat kontrasepsi (KB).

- A. Pil, mengandung hormon estrogen yang dapat meningkatkan tekanan darah, sehingga berbahaya bagi penderita hipertensi.
- B. IUD, KB spiral yang memiliki kandungan hormon progesteron sintetis. Penggunaan KB IUD dapat menyebabkan lendir serviks mengental dan membuat sperma kesulitan berenang di dalam Rahim.
- C. Suntik, mengandung hormon estrogen yang dapat meningkatkan tekanan darah, sehingga berbahaya bagi penderita hipertensi.
- D. Implan, mengandung hormon estrogen yang dapat meningkatkan tekanan darah, sehingga berbahaya bagi penderita hipertensi
- E. Kondom, rata-rata efektivitas kondom dalam mencegah kehamilan dan penularan PMS sebesar 85 persen. Artinya, alat KB ini masih menyisakan celah efektivitas sekitar 15 persen.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang alat kontrasepsi.

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

### **18.E. 16 Juni 2024.**

Pemantauan ibu hamil.

Taksiran partus menggunakan rumus.

Bila HPHT di bulan januari-maret rumus TP +7 +9.

Bila HPHT di bulan April – desember rumus TP +7 -3 +1.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan kehamilan.

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

**19.D. Confidentiality.**

Prinsip etik keperawatan.

- A. *Justice*, prinsip keadilan dibutuhkan untuk terpai yang sama dan adil terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan.
- B. *Veracity*, prinsip *veracity* berarti penuh dengan kebenaran. Nilai ini diperlukan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien dan untuk meyakinkan bahwa klien sangat mengerti. Prinsip veracity berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, dan objektif.
- C. *Beneficience*, berarti hanya melakukan sesuatu yang baik. Kebaikan, memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain.
- D. *Confidentiality*, menjaga kerahasiaan, dimana seorang perawat wajib menjaga kerahasiaan dari pasien, apalagi diminta oleh keluarga
- E. *Nonmaleficence*, prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik keperawatan.

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

**20.D. Nyeri melahirkan.**

Kala I-II-III.

- A. Nyeri akut, pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional.
- B. Nyeri kronis, pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan
- C. Risiko infeksi, risiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.
- D. Nyeri melahirkan, pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan.
- E. Risiko ketidakseimbangan cairan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Tindakan yang harus dilakukan pada kala I.

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

### **21.A. Mengeluarkan ASI.**

Keluhan tidak tahu cara menyusui yang benar, Colustrum (+) pasien dilatih melakukan teknik menyusui yang benar, pasien dianjurkan cuci tangan dan membersihkan puting susu dengan kapas air matang.

- A. Mengeluarkan ASI (jawaban yang tepat).

Dilakukan setelah cuci tangan dan membersihkan puting susu dengan kapas air matang pada tindakan teknik menyusui yang benar adalah mengeluarkan ASI. ASI dikelurakan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya.

- B. Melakukan *rooting reflex*.

Tindakan ini dilakukan setelah memegang payudara dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah.

- C. Bayi diletakkan menghadap perut ibu/payudara.

Tindakan ini dilakukan setelah mengeluarkan ASI dan sebelum memegang payudara.

- D. Memegang payudara dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah.

Tindakan ini dilakukan setelah meletakkan bayi menghadap perut ibu/payudara.

- E. Kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dan puting serta areola di masukkan ke mulut bayi.

Merupakan tindakan yang dilakukan setelah melakukan rooting reflex

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manajemen laktasi, terutama teknik menyusui yang benar.

Referensi: Yefi, M. 2015. Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas dan Menyusui. Jakarta Selatan: Salemba Medika.

**22.C. Tidak menghambat ASI.**

Seorang perempuan, 21 tahun, P1A0, Postpartum 45 hari, menyusui dan ingin ber KB, menyusui, menstruasi 1 minggu yang lalu dan berkeinginan untuk KB, tidak punya riwayat hipertensi, TD 120/80 mmHg.

- A. Efektivitas tinggi.

Option ini merupakan ciri kontrasepsi yang diperlukan untuk fase menunda atau mencegah kehamilan (umur < 20 tahun).

- B. Reversibilitas Tinggi.

Option ini juga merupakan ciri kontrasepsi yang diperlukan untuk fase menunda atau mencegah kehamilan.

- C. Tidak Menghambat ASI (jawaban paling tepat).

Pada kasus tersebut, pemilihan KB rasional termasuk pada fase menjarangkan kehamilan. Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan adalah efektivitas cukup tinggi, reversibilitas cukup tinggi, dapat dipakai 2 - 4 tahun, tidak menghambat ASI. Option ini merupakan jawaban yang tepat karena sesuai dengan deskripsi pada kasus tersebut yang menunjukkan bahwa umur pasien 21 tahun, melahirkan anak pertama dan menyusui.

- D. Dapat dipakai jangka Panjang.

Option ini juga merupakan ciri kontrasepsi pada fase menghentian atau mengakhiri kehamilan.

- E. Tidak menambah kelainan yang sudah ada.

Option ini merupakan ciri kontrasepsi pada fase menghentikan atau mengakhiri kehamilan (usia lebih 35 tahun).

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang metode kontrasepsi, terutama pada fase dalam perencanaan KB.

Referensi: Saifuddin, B.A (2010). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Yayasan Bina Pustaka. Jakarta.

**23.C. Hipovolemia.**

Usia kehamilan 9 minggu, keluhan mual dan muntah, nafsu makan berkurang dan merasa lemah, TD 90/60 mmHg, frekuensi nadi 112x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 38,90C, mata cekung, napas berbau aseton, turgor kulit menurun, aseton urin positif.

- A. Nausea.

Merupakan perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah pada kasus ini didapatkan tanda mayor, mengeluh mual tapi bukan masalah utama.

B. Risiko syok.

Risiko syok adalah berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa. Diagnosis ini ditegakkan pada kondisi gawat darurat yang dapat mengancam jiwa dan intervensi diarahkan untuk penyelemanan jiwa.

C. Hipovolemia (masalah utama).

Data pada kata kunci merupakan gejala tanda untuk menegakkan diagnosis hipovolemia. Hipovolemia merupakan penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial dan/atau intraseluler.

D. Defisit nutrisi.

Merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (tanda minor, nafsu makan menurun), bukan masalah utama. Perlu data tambahan untuk menegakkan masalah tersebut yaitu bb, dimana pada defisit nutrisi tanda mayornya adalah bb menurun minimal 10% dibawah rentang normal

E. Intoleransi aktivitas.

Merupakan ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. (tanda minor, merasa lemah), bukan masalah utama.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askep hiperemesis gravidarum, terutama diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus hiperemesis gravidarum.

Referensi: Lowdermilk, Perry & Cashion. (2013). Keperawatan Maternitas. Elsevier. Singapore

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



**SOAL**  
**KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

1. Laki-laki, 54 tahun, dirawat di ruang bedah dengan DFU. Hasil pengkajian: luka di *dorsalis pedis sinistra*, warna kuning dan hitam, berukuran panjang 10cm, lebar 5cm, kedalaman sampai tendon, GDS 400mg/dL. Perawat sedang melakukan perawatan luka dan telah selesai pencucian serta pengeringan luka. Apa tindakan perawat selanjutnya pada kasus tersebut ?
  - A. mengkaji luka
  - B. menutup luka
  - C. nekrotomi/debridemen
  - D. melepas sarung tangan kotor
  - E. memberikan modern dressing
2. Perempuan, 58 tahun, dirawat di ruang bedah dengan DFU. Hasil Pengkajian: pasien menyatakan luka tidak kunjung sembuh di *dorsalis pedis*, kedalaman sampai tendon dan otot, panjang 8cm, lebar 5cm, warna kuning 80%, TD 130/90mmHg, nadi 110x/menit, suhu 38°C, pernapasan 20x/menit. Apa kategori yang tepat untuk kedalaman luka pada kasus tersebut ?
  - A. grade 0
  - B. grade I
  - C. grade II
  - D. grade III
  - E. grade IV
3. Laki-laki, 30 tahun dirawat di ruang bedah dengan luka bakar. Hasil pengkajian: pasien menyatakan tersambar petir, luka bakar pada seluruh kepala dan muka, seluruh dada perut, punggung, tangan kiri, TD 130/80mmHg, nadi 108x/menit, suhu 37°C, pernapasan 30x/menit. Berapa persen luas luka bakar menurut teori *Wallace (rule of nine)* pada kasus tersebut?
  - A. 28 %
  - B. 36 %
  - C. 37 %
  - D. 45%
  - E. 46 %
4. Perempuan, 54 tahun dirawat di ruang bedah dengan DFU. Hasil pengkajian: luka di *dorsalis pedis sinistra*, warna kuning dan hitam, berukuran panjang 10cm lebar 5cm, kedalaman sampai tendon, ibu jari menghitam dan nekrotik, GDS 400 mg/dL. Perawat melakukan amputasi ibu jari tanpa meminta pendapat dari

pasien dan keluarga. Apakah prinsip etik keperawatan yang dilanggar pada kasus tersebut?

- A. veracity
  - B. autonomy
  - C. beneficence
  - D. accountability
  - E. non maleficene
5. Perempuan, 30 tahun, dirawat di ruang bedah dengan luka bakar. Hasil pengkajian: luka bakar daerah muka, leher, dada atas, bulu hidung terbakar, terlihat retraksi otot dada, pernapasan cuping hidung, TD 130/60mmHg, nadi 120x/menit, suhu 37°C, pernapasan 34x/menit. Apa pengkajian data penunjang yang tepat pada kasus tersebut?
- A. PaCO<sub>2</sub> dan HCO<sub>3</sub>
  - B. leukosit dan trombosit
  - C. plasma darah dan hematokrit
  - D. albumin serum dan hemoglobin
  - E. nilai hitung leukosit dan eritrosit
6. Perempuan, 58 tahun, dengan Stroke Non Hemoragik dibangsal syaraf. Hasil pengkajian: mengeluh kedua kaki terasa berat untuk digerakkan, kaki kanan bisa menggeser, tetapi tidak dapat mengangkat, tidak dapat melawan gravitasi. Berapa nilai kekuatan otot pada kasus tersebut?
- A. 1
  - B. 2
  - C. 3
  - D. 4
  - E. 5
7. Perempuan, 48 tahun, dengan PPOK di bangsal penyakit dalam. Hasil pengkajian: pasien mengeluh sesak napas, batuk, merasa ada sekret yang sulit keluar, bunyi napas *wheezing*, pernapasan 24x/menit. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Resiko aspirasi.
  - B. Pola napas tidak efektif.
  - C. Gangguan pertukaran gas.
  - D. Gangguan ventilasi spontan.
  - E. Bersihan jalan napas tidak efektif.

8. Laki-laki, 78 tahun dengan anemia di bangsal penyakit dalam. Hasil pemeriksaan: *capillary refil time* > 3detik, nadi perifer melemah, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, kadar Hb 11g/dL Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Perfusi perifer tidak efektif.
  - B. Gangguan sirkulasi spontan.
  - C. Resiko perfusi perifer tidak efektif.
  - D. Resiko perfusi cerebral tidak efektif.
  - E. Resiko gangguan sirkulasi spontan.
9. Laki-laki, 42 tahun dengan *Stroke Haemoragic* di bangsal syaraf. Hasil pengkajian: pasien mengeluh tangan kanan dan kaki kanan sulit digerakkan, terasa lemah, kekuatan otot tangan kanan 2, kekuatan otot kaki kanan 3, rentang gerak menurun, sendi kaku. Apa intervensi utama pada kasus tersebut?
- A. Dukungan ambulasi.
  - B. Edukasi latihan fisik.
  - C. Pemantauan neurologis.
  - D. Edukasi teknik ambulasi.
  - E. Manajemen program latihan.
10. Perempuan, 68 tahun, dengan *Diabetes Mellitus* di bangsal penyakit dalam. Hasil pengkajian: pasien mengeluh mulut kering, cepat haus, buang air kecil 8 x/hari, GDS 550mg/dl. Apa intervensi utama pada kasus tersebut ?
- A. Edukasi diitt.
  - B. Konseling nutrisi.
  - C. Edukasi proses penyakit.
  - D. Manajemen hiperglikemia.
  - E. Dukungan kepatuhan pengobatan.
11. Laki-laki, 50 tahun, dirawat di RS dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian: batuk berdahak, tidak nafsu makan, kulit pucat, suara napas terdengar ronchi pada paru kiri dan kanan, retraksi dada positif, TD 110/60mmHg, pernapasan 32x/menit, frekuensi nadi 89x/menit. Apa masalah keperawatan utama pada pasien tersebut?
- A. bersihkan jalan napas tidak efektif
  - B. gangguan pertukaran gas
  - C. pola napas tidak efektif
  - D. intoleransi aktifitas

E. risiko defisit nutrisi

12. Laki-laki, 50 tahun, dirawat di rumah sakit dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian: batuk berdahak bercampur darah sudah 2 bulan lamanya, dilakukan tes tuberkulin. Seorang perawat mengidentifikasi hasil area sekitar tusukan tidak mengalami indurasi (pembengkakan), terdapat ekimosis 1mm. Apa hasil interpretasi yang harus dibuat oleh perawat?
- A. Positif
  - B. Negatif
  - C. Diketahui
  - D. Ragu-ragu
  - E. Tidak tentu
13. Laki-laki, 48 tahun, dirawat di ruang penyakit bedah. Pasien mengalami *fracture cruris sinistra* dan dilakukan pembidaian. Hasil pengkajian: kaki kesemutan dan terasa baal dibagian distal yang dibidai. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. melonggarkan bidai
  - B. mempersiapkan pembedahan
  - C. menganjurkan meninggikan kaki kiri
  - D. memposisikan kaki yang terbidai datar
  - E. melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital
14. Laki-laki, 48 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan terpasang kolostomi. Perawat sedang mengobservasi *prolaps stoma* yang terjadi pada pasien tersebut. Apa hasil observasi stoma yang mengindikasi terjadinya prolaps stoma pada kasus tersebut?
- A. kecil dan datar
  - B. gelap dan kebiruan
  - C. terbuka dan berdarah
  - D. menonjol dan bengkak
  - E. tenggelam stoma tertarik kedalam
15. Laki-laki, 40 tahun, dirawat di ruang penyakit bedah dengan paska operasi apendiktomi hari ke 2. Hasil pengkajian: pasien mengatakan nyeri skala 6, meringis kesakitan, susah tidur, nafsu makan menurun. TD 130/90mmHg, nadi 89x/menit, suhu 37,1°C, pernapasan 24x/menit. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. nyeri akut
  - B. risiko infeksi
  - C. defisit nutrisi
  - D. intoleransi aktifitas
  - E. gangguan pola tidur
16. Laki-laki, 70 tahun, diantar keluarga ke poliklinik, mengeluh pusing dan leher kaku. Hasil pengkajian: sakit kepala, tampak lesu, tidak nafsu makan, gelisah, tak tampak ada gangguan neurologis. TD 190/100mmHg, nadi 110 x/menit, pernapasan 22x/menit. Apa masalah keperawatan utama kasus tersebut?
- A. nausea
  - B. gangguan rasa nyaman
  - C. risiko perfusi perifer tidak efektif
  - D. risiko perfusi serebral tidak efektif
  - E. penurunan Kapasitas Adaftif Intrakranial
17. Laki-laki, 35 tahun, diantar oleh keluarganya ke UGD dengan keluhan sesak napas berat, nyeri dada menjalar sampai ke punggung. Hasil pengkajian: keluarga mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat sakit jantung sebelumnya. TD 140/80mmHg, nadi 106x/menit, pernapasan 24 x/menit, hasil EKG atrial fibrilasi. Apa tindakan keperawatan kolaborasi pada kasus tersebut?
- A. analgetic
  - B. loop diuretik (IV)
  - C. inotropik positif (IV)
  - D. beta blocker (tanpa kontraindikasi)
  - E. antikoagulan (tanpa kontraindikasi)
18. Laki-laki, 42 tahun, dibawa keluarga ke RS, dengan keluhan badan lemas. Hasil pengkajian: pucat, mimisan, ada riwayat leukemia sejak 1 tahun yang lalu, TD 100/70mHg, nadi 90x/menit, Hb 6,7gr/dL. Apa kondisi utama yang dihadapi pasien pada kasus terdebut?
- A. anemia
  - B. epistaksis
  - C. leukopenia
  - D. pansitopenia
  - E. trombositopenia

19. Perempuan, 60 tahun, di rawat di ruang rawat inap selama dua hari, dengan keluhan nyeri pada perut. Hasil pengkajian: kesadaran komposmentis, TD 120/80mmHg, nadi 80x/menit, CT Scan *Aneurisma Aorta Abdominalis*, sudah dapat *therapi laxative*.

Apa tujuan pemberian medikasi therapi laxative pada kasus tersebut?

- A. Meningkatkan pergerakan usus.
- B. Meningkatkan penurunan berat badan.
- C. Membersihkan usus besar sebagai persiapan kolonoskopi.
- D. Membantu buang air besar karena 2 hari belum buang air besar.
- E. Mengurangi peningkatan tekanan abdominal saat buang air besar.

20. Laki-laki, 30 tahun, mendapatkan perawatan di rawat inap hari ketiga. Hasil pengkajian: Kesadaran komposmentis, *dispnea*, penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, tampak lelah, pernapasan 26x/menit, nadi 100x/menit. Hasil *X-ray efusi pleura*, terpasang WSD 1 botol, undulasi baik. Terpasang oksigen 4liter/menit dengan nasal kanul. Apa masalah utama pada kasus tersebut?

- A. risiko aspirasi
- B. pola napas tidak efektif
- C. Penurunan curah jantung
- D. gangguan pertukaran gas
- E. bersihan jalan napas tidak efektif

21. Perempuan, 30 tahun, diantarkan ke UGD mengalami penurunan kesadaran. Hasil pengkajian: respon membuka mata saat diberikan rangsangan nyeri, bergumam, respon motorik ekstensi abnormal. Berapa nilai GCS pada hasil pemeriksaan fisik kasus tersebut?

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

22. Perempuan, 50 tahun, didiagnosis ulkus diabetikum pada telapak kaki kanan sejak 5 hari yang lalu. Hasil pengkajian: luka berlubang, diameter 7cm, nyeri saat kaki digerakkan, *slough* dan cairan eksudat *semiliquid*. Apa warna dasar luka pada kasus tersebut?

- A. Merah

- B. Kuning  
C. Hitam  
D. Hijau  
E. Pink
23. Laki-laki, 57 tahun, datang ke poliklinik penyakit jantung untuk pemeriksaan rutin, dengan diagnosis gagal jantung. Hasil pengkajian: tidak sesak, tidak nyeri dada, tidak mudah lelah saat beraktifitas dan bersemangat, TD 130/80mmHg, nadi 90x/menit, obat yang diberikan diminum secara teratur. Apa kriteria utama keberhasilan terapi pada kasus tersebut?
- A. emosi terkontrol  
B. taat minum obat  
C. kemampuan aktivitas  
D. tidak ada edema ekstremitas  
E. pengetahuan tentang penyakitnya
24. Laki-laki, 58 tahun, didiagnosis *osteoarthritis* datang ke poliklinik RS untuk memeriksakan diri. Hasil pengkajian: nyeri sendi kedua tungkai, nyeri dirasakan sejak 3 hari yang lalu, nyeri skala 5 saat kaki digerakkan, bengkak, kemerahan, pasien lemah dan meringis. TD 140/80mmHg, nadi 86x/menit, pernapasan 16x/menit. Apa pengkajian selanjutnya untuk melengkapi data pada kasus tersebut?
- A. Sejak kapan nyeri dirasakan?  
B. Seperti apa nyeri yang dirasakan?  
C. Apakah anda bisa berjalan bila nyeri?  
D. Apakah nyeri menjalar atau menetap?  
E. Apakah nyeri timbul saat baru bangun?
25. Perempuan, 34 tahun, dirawat di rumah sakit didiagnosis hipertensi. Hasil pengkajian: lemah, mengeluh pusing, nyeri tengkuk skala 5, TD 160/100mmHg, nadi 99x/mnt, pasien diberikan terapi infus RL, 20 tpm, cairan infus tersebut terlihat habis pada jam 15.30 tetapi perawat tidak mengganti cairan infus tersebut. Apa prinsip etik yang dilanggar oleh perawat pada kasus tersebut?
- A. *justice*  
B. *fidelity*  
C. *veracity*  
D. *autonomy*  
E. *non maleficence*

26. Perempuan, 37 tahun, dirawat di ruang bedah dengan luka bakar karena tersiram air panas. Hasil pemeriksaan: terdapat luka pada ekstremitas kanan atas dan bawah bagian depan, TD 120/80mmHg, nadi 88x/menit, pernapasan 18x/menit, suhu 37,0°C. Berapa luas luka bakar pada kasus tersebut?
- A. 1 %
  - B. 4,5 %
  - C. 9 %
  - D. 13,5 %
  - E. 18 %
27. Laki-laki, 55 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam. Hasil pengkajian: pasien mengeluh nyeri pada sendi lutut dengan skala nyeri 5, sulit tidur, aktivitas keseharian dibantu, lutut tampak kemerahan, sedikit Bengkak, TD 130/80mmHg, Nadi 88x/menit, pernapasan 18x/menit, suhu 36,7 °C, BB 70Kg. Apa tindakan keperawatan mandiri utama pada kasus tersebut?
- A. Lakukan massase
  - B. Berikan analgetic
  - C. Lakukan kompres dingin
  - D. Latihan angkat beban ringan
  - E. Anjurkan penurunan berat badan
28. Perempuan, 54 tahun dirawat di ruang bedah dengan *open fraktur radius comunitif dekstra*, rencana OREF. Hasil pengkajian: pasien mengeluh nyeri skala 6, takut bergerak, melindungi area yang sakit, kadang menyeringai menahan sakit, kesadaran *composmentis*, TD 110/80mmHg, pernapasan 22x/menit, nadi 100 x/menit, suhu 36,5°C. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Nyeri akut
  - B. Kelemahan fisik
  - C. Intoleransi aktivitas
  - D. Gangguan pola napas
  - E. Gangguan mobilitas fisik
29. Laki-laki, 45 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam. Hasil pengkajian: pasien mengeluh nyeri pada ibu jari kaki kiri, terutama saat mau berjalan, disertai adanya benjolan, sebagian aktivitas dibantu oleh keluarga, terdapat benjolan pada ibu jari dengan diameter 3 cm, tampak sedikit kemerahan. Hasil

laboratorium: kadar asam urat 7mg/dl. Apa masalah keperawatan utama pada kasus diatas?

- A. Nyeri akut
- B. Kelemahan fisik
- C. Intoleransi aktivitas
- D. Gangguan pola napas
- E. Gangguan mobilitas fisik

30. Perempuan, 39 tahun dirawat di bangsal penyakit dalam karena asma. Hasil pengkajian: pasien mengeluh sesak, napas 30x/menit, tampak tersengal-sengal, penggunaan otot bantu pernapasan, bunyi napas mengi, saturasi oksigen 89%. Apa tindakan utama pada kasus tersebut?

- A. Melakukan pengecekan analisa gas darah
- B. Memberikan bantuan terapi oksigen
- C. Mengatur pasien posisi tidur
- D. Observasi pola napas pasien
- E. Mengubungi dokter jaga

31. Laki-laki 59 tahun dengan diagnosa medis kanker kolon dirawat di ruangan rawat inap, saat ini terpasang stoma. Pasien mengatakan baru pertama dipasang stoma, takut melakukan aktivitas selama di rawat karena khawatir keluar kotoran dari kantong stomanya. Hasil pemeriksaan: TD 110/80mmHg, nadi 108x/menit, pernapasan 30x/menit, suhu 36,8°C. Apa rencana intervensi keperawatan pada kasus tersebut?

- A. Mengganti Stoma
- B. Anjurkan Pasien Ke Toilet
- C. Jelaskan Prosedur Tindakan
- D. Alirkan Air Dengan Aliran Yang Cukup
- E. Identifikasi Kebutuhan Irigasi Kolostomi

32. Laki-laki, 73 tahun, dengan diagnosis stroke. Hasil pengkajian: keterbatasan penuh, *bedrest*, mobilitas sangat terbatas, makan dibantu melalui NGT, keluarga mengatakan ketika buang air besar pasien tampak ngedan, buang air besar terakhir 2 hari yang lalu, TD 100/80mmHg, nadi 88x/menit, pernapasan 30x/menit, suhu 37,8°C. Apa pengkajian selanjutnya yang harus dilakukan pada kasus tersebut?

- A. Periksa bising usus.
- B. Kaji tingkat kesadaran.

- C. Kaji kemampuan menelan.  
D. Kaji adanya distensi abdomen.  
E. Tingkat ketergantungan pasien.
33. Laki-laki, 60 tahun, dirawat diruangan rawat inap dengan diagnosis kanker kolon. Hasil pengkajian: pasien mengeluh ada benjolan dan kemerahan dibagian luar stoma, jumlah feses yang keluar 400gram, pasien tampak menutupi stomanya, terjadi peradangan warna merah muda area stoma, TD 110/80mmHg, nadi 108x/menit, pernapasan 21x/menit, suhu 36,8°C. Apa pengkajian lain yang ditemukan pada kasus tersebut?
- A. Adanya Iritasi  
B. Prolap Stoma  
C. Laserasi  
D. Stenosis  
E. Nekrosis
34. Laki-laki, 65 tahun, di rawat diruangan geriatri dengan diagnosis medis *pneumonia*. Hasil pengkajian: sesak napas, batuk, gelisah, tidak mampu mengeluarkan dahak. Hasil pemeriksaan fisik: suara ronchi pada paru dextra, pernapasan 31x/menit. Apa intervensi yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Pemberian posisi  
B. Manajemen nyeri  
C. Latihan pernapasan  
D. Latihan batuk efektif  
E. Relaksasi napas dalam
35. Laki-laki, 63 tahun, dirawat diruangan rawat inap dengan diagnosis medis gagal ginjal. Hasil pengkajian: pasien masih merasakan nyeri dibagian pinggang dan abdomen, tampak meringis, terpasang kateter dengan cairan warna kuning bercampur darah, muka pucat, kojungtiva anemis, TD 170mmHg, nadi 101x/menit, suhu 36°C, pernapasan 23x/menit, HB 9gr/dL. Apa intervensi keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Tranfusi darah  
B. Melepas kateter  
C. Membatas aktifitas fisik  
D. Latihan relaksasi napas dalam  
E. Menganjurkan banyak minum

36. Perempuan, 61 tahun, dirawat di RS dengan diabetes mellitus tipe 2. Keluhan luka di bokong sejak sepuluh hari yang lalu. Hasil pengkajian: *ulcus decubitus*, pus (+), jaringan nekrotik (+). Saat ini perawat akan melakukan perawatan luka. Instrumen sudah disiapkan, perawat sudah mencuci tangan dan memasang sarung tangan. Apa tindakan perawat selanjutnya pada kasus tersebut ?
- A. Mengeringkan luka.
  - B. Membuang jaringan nekrotik.
  - C. Melepaskan plester dan balutan perlahan.
  - D. Mengoleskan obat topikal sesuai instruksi.
  - E. Membersihkan luka dengan cairan nacl 0,9%.
37. Laki-laki, 40 tahun, dirawat di RS dengan PPOK. Keluhan sesak napas sejak dua hari lalu. Hasil pengkajian: TD 130/90mmHg, nadi 100 x/menit, pernapasan 28x/menit, tampak retraksi dada, pH 7,32, PaO<sub>2</sub> 86mmHg, PaCO<sub>2</sub> 50mmHg, HCO<sub>3</sub> 20mEq/L, SaO<sub>2</sub> 97%. Apa interpretasi AGD pada kasus tersebut?
- A. Asidosis metabolik terkompensasi penuh.
  - B. Alkalosis metabolik terkompensasi penuh.
  - C. Alkalosis metabolik terkompensasi sebagian.
  - D. Asidosis respiratorik terkompensasi sebagian.
  - E. Alkalosis respiratorik terkompensasi sebagian.
38. Laki-laki, 47 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan batuk berdahak dan sesak napas. Hasil pengkajian: sputum kekuningan, ronchi positif pada kedua lapang paru, TD 135/80mmHg, nadi 100x/menit, pernapasan 27x/menit, suhu 37,9°C, pH 7,33, PCO<sub>2</sub> 47mmHg, PaO<sub>2</sub> 82mmHg, HCO<sub>3</sub>mEq/dl. Apa masalah keperawatan yang utama pada kasus tersebut?
- A. keletihan
  - B. hipertermi
  - C. pola napas tidak efektif
  - D. gangguan pertukaran gas
  - E. bersihan jalan napas tidak efektif
39. Perempuan, 40 tahun, dirawat di RS dengan CHF. Keluhan sesak napas. Hasil pengkajian: pernapasan 30x/menit, *tachypnea* dan penggunaan otot bantu napas, SaO<sub>2</sub> 85%. Apa tindakan utama perawat pada kasus tersebut?
- A. memonitor pola napas
  - B. menghubungi dokter jaga
  - C. mengatur posisi semifowler
  - D. melakukan pemeriksaan AGD

E. memberikan bantuan terapi oksigen

40. Perempuan, 36 tahun, dirawat di RS dengan perdarahan hebat. Terapi tranfusi PRC 2 kantong dan 1 kantung sudah ditranfusikan. Saat ini perawat memasang tranfusi darah yang kedua. Hasil pengkajian: satu jam kemudian, tiba-tiba mengeluh sesak dan pusing. Apa tindakan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Hentikan tranfusi.
- B. Periksa tanda-tanda vital.
- C. Beri O<sub>2</sub> nasal kanul 5 Lpm.
- D. Ganti PRC dengan NaCl 0,9%.
- E. Beri tahu dokter penanggung jawab

41. Perempuan, 30 tahun, datang ke UGD. Hasil pengkajian: TD 120/80mmHg, nadi 99x/menit, pernapasan 27x/menit, suhu 37,8°C, batuk, ronki +/+, sputum berlebih, sering menguap. Apa prioritas masalah keperawatan pada kasus tersebut?

- A. Hipertermia
- B. Gangguan Pola Tidur
- C. Pola Napas tidak efektif
- D. Gangguan Pertukaran Gas
- E. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

42. Laki-laki, 37 tahun, hasil pengkajian : TD 130/80mmHg, nadi 88x/menit, pernapasan 30x/menit, suhu 37,8°C, dispnea, ronki +/-, pH 7,8, pCO<sub>2</sub> 45mmHg, pO<sub>2</sub> 68mmHg, saturasi O<sub>2</sub> 90%. Apa prioritas masalah keperawatan pada kasus tersebut?

- A. Hipertermia
- B. Gangguan Pola Tidur
- C. Pola Napas tidak efektif
- D. Gangguan Pertukaran Gas
- E. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

43. Laki-laki, 27 tahun, hasil pengkajian: TD 120/80mmHg, nadi 110x/menit, pernapasan 26x/menit, suhu 39,8°C, kulit hangat, bibir kering. Apa prioritas masalah keperawatan pada kasus tersebut?

- A. Hipertermia
- B. Gangguan pola tidur
- C. Pola Napas tidak efektif

- D. Gangguan Pertukaran Gas  
E. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
44. Laki-laki, 27 tahun, hasil pengkajian: TD 110/70mmHg, nadi 110x/menit, pernapasan 26x/menit, suhu 39,8°C, kulit hangat, bibir kering. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Posisikan setengah duduk  
B. Anjurkan minum yang cukup  
C. Berikan kompres pada lipatan tubuh  
D. Ajarkan klien teknik batuk yang efektif  
E. Observasi kekuatan dan keefektifan batuk
45. Perempuan, 47 tahun, hasil pengkajian: nyeri pada luka operasi skala 7, luka tertutup kasa dan terdapat pus, luka dibagian lengan kanan panjang 10cm x 2cm. Hasil laboratorium: Hb 9mg/dL, GDS 280mg/dl, leukosit 12.000/ml. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Ajarkan teknik relaksasi  
B. Lakukan perawatan luka  
C. Berikan posisi semifowler  
D. Anjurkan makan diet TKTP  
E. Berikan dukungan mental pada Klien
46. Laki-laki, 28 tahun, mengalami luka bakar akibat ledakan bahan kimia, dirawat di rumah sakit sejak 7 hari yang lalu. Hasil pengkajian: terdapat luka di wajah dan seluruh lengan kanan sampai jari tangan kanan, kondisi luka derajad II A, TD 130/80mmHg, nadi 110x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu 37,3°C, klien tampak meringis, skala nyeri 7. Apa masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- A. hipertermia  
B. nyeri akut  
C. nyeri kronik  
D. gangguan rasa nyaman  
E. gangguan intergritas kulit
47. Laki-laki, umur 28, tahun mengalami luka bakar, dirawat di rumah sakit. Hasil pengkajian: terdapat luka di wajah dan seluruh lengan kanan sampai jari tangan kanan, kondisi luka derajad II B, TD 150/80mmHg, nadi 100x/menit, pernapasan

22x/menit, suhu 37°C. Pasien tampak meringis. Apakah tindakan keperawatan terapeutik untuk perawatan luka bakar tersebut?

- A. Pemberian antibiotic.
- B. Monitor ukuran luka.
- C. Tidakan prosedur debridemen.
- D. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- E. Gunakan teknik aseptic selama merawat luka.

48. Perempuan, 56 tahun, dirawat karena perdarahan *intracranial*. Hasil pengkajian: klien tirah baring total, terdapat luka kemerahan dan nampak ada pus di area sacrum, diameter luka 3 cm, TD 130/90mmHg, nadi 100 x/menit, pernapasan: 21x/menit, suhu 37°C. Apa prioritas masalah keperawatan pada pasien tersebut?

- A. hipertermia
- B. risiko infeksi
- C. risiko hipertermia
- D. gangguan integritas kulit
- E. risiko gangguan integritas kulit

49. Laki-laki, 58 tahun, dirawat dengan diagnosis medis efusi pleura. Hasil pengkajian: pasien mengeluh sesak napas dan batuk produktif, TD 120/80mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 30x/menit, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, terdengar suara ronchi saat auskultasi, pasien menggunakan oksigen nasal 2lpm, terpasang WSD sejak 3 hari lalu. Apa prioritas masalah keperawatan pada pasien tersebut?

- A. Risiko infeksi.
- B. Pola napas tidak efektif.
- C. Gangguan pertukaran gas.
- D. Gangguan integritas jaringan.
- E. Bersihkan jalan napas tidak efektif.

50. Laki-laki, 58 tahun, dibawa keluarganya ke RS karena mengalami penurunan kesadaran setelah jatuh dari kamar mandi. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun lalu dan rutin mengkonsumsi *Captopril* 12,5mg. Hasil pengkajian: mata terbuka saat diberikan rangsangan nyeri, pasien mengerang, ekstensi abnormal, TD 160/100mmHg, nadi 70x/menit, pernapasan 14x/menit, suhu 37,8°C. Apa hasil pengkajian interpretasi tingkat kesadaran kasus tersebut?

- A. E2 V4 M3
- B. E2 V2 M2

- C. E1 V3 M2
- D. E1 V2M2
- E. E1V2 M1

51. Laki-laki, 35 tahun, dirawat di ruang Bedah dengan fraktur femur. Hasil pengkajian: mengeluh nyeri skala 7, nampak gelisah, terpasang bidai, tidak bisa turun dari tempat tidur, *Activity Daily Living* dibantu keluarga seperti buang air besar, berpakaian, dan mandi, TD 120/80MmHg, pernapasan 25x/menit, nadi 101x/menit. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. nyeri akut
  - B. intoleransi aktivitas
  - C. gangguan rasa nyaman
  - D. hambatan mobilitas fisik
  - E. risiko intoleransi aktivitas
52. Laki-laki, 57 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam. Diagnosis medis *Congestive Heart Failure* (CHF). Hasil pengkajian: sesak, distensi vena jugularis, hepatomegali, auskultasi ada gallop s3, s4, terdengar ronchi basah, SpO2 96%, TD 140/90mmHg, nadi 60x/menit, pernapasan 25x/menit, terpasang NRM 8lpm, diberikan posisi *semi Fowler*. Apa indikator keberhasilan dari tindakan tersebut?
- A. turgor kulit membaik
  - B. pitting edema normal
  - C. status hemodinamik
  - D. capillary refill time < 2 detik
  - E. peningkatan saturasi oksigen
53. Perempuan, 59 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis *Diabetes Mellitus*, mengeluh lelah dan letih. Hasil pengkajian: buang air kecil lima kali pada malam hari, pola tidur terganggu, waktu tidur 3-4 jam, nafsu makan menurun, *polidipsia*, mukosa bibir kering, kulit kering, terasa gatal. Hasil pemeriksaan: gula darah 2 jam setelah makan 210mg/dl. Apa tindakan utama pada kasus tersebut?
- A. Kateterisasi.
  - B. Terapi distraksi.
  - C. Pemberian terapi intravena.
  - D. Diet nutrisi pada *diabetes mellitus*.
  - E. Sediakan lingkungan yang nyaman.

54. Perempuan, 35 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis medis *Dyspepsia*. Pasien mengeluh nyeri pada bagian perut dan memiliki riwayat gastritis sejak 2 tahun lalu. Hasil pengkajian: meringis menahan nyeri skala nyeri 8, TD 120/90mmHg, nadi 101x/menit, pernapasan 25x/menit, suhu 37°C, tampak bingung. Apa intervensi yang tepat diberikan pada kasus tersebut?
- A. berikan posisi nyaman pasien
  - B. tinggikan bagian tubuh yang sakit
  - C. mengidentifikasi respon nyeri non verbal
  - D. letakan bantal yang tepat pada leher
  - E. tempatkan tempat tidur terapeutik yang tepat
55. Laki-laki, 53 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan asma bronchial, sejak 2 tahun lalu, mengeluh batuk terus menerus. Hasil pengkajian: sesak napas, berdahak kental, susah dikeluarkan, gelisah, tidur terganggu, SpO<sub>2</sub> 94%, TD 120/80mmHg, pernapasan 28x/menit, nadi 102x/menit, suhu 36.6°C. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. ansietas
  - B. gangguan pertukaran gas
  - C. pola napas tidak efektif
  - D. gangguan ventilasi spontan
  - E. bersihan jalan napas tidak efektif
56. Laki-laki, 64 tahun, dirawat di ruang penyakit paru, didiagnosis PPOK sejak 5 tahun lalu. Hasil pengkajian: sesak napas, pucat, batuk berdahak, lemah, tampak lelah. TD 130/70mmHg, nadi 88x/menit, pernapasan 28 x/menit, suhu 38°C, bunyi napas ronchi pada kedua lapang paru, produksi sputum banyak, kelelahan. Hasil AGD SaO<sub>2</sub> 96%, PaCO<sub>2</sub> 35%, PaO<sub>2</sub> 80%, HCO<sub>3</sub> 27,5, PH 7,0. Apa prioritas diagnosis keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi.
  - B. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan infeksi bronchial.
  - C. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan akumulasi secret.
  - D. Resiko gangguan pemenuhan oksigen berhubungan dengan hiperventilasi.
  - E. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelelahan dan kekurangan oksigen.
57. Perempuan, 45 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam didiagnosis *Asma Bronchiale*. Hasil pengkajian: mengeluh batuk berdahak, sulit mengeluarkan dahaknya, *ronchi* dan *wheezing* (++) , pucat dan lemah, TD 120/70mmHg, nadi

- 80x/menit, pernapasan 23x/menit tidak teratur, suhu 36,3°C. Apa prioritas tindakan keperawatan mandiri pada kasus tersebut?
- A. Berikan Oksigenasi.
  - B. Ajarkan batuk efektif.
  - C. Lakukan kolaborasi *nebulizer*.
  - D. Segera Lakukan postural *drainage*.
  - E. Anjurkan pasien minum air hangat.
58. Laki-laki, 67 tahun, dirawat di RS didiagnosis PPOK. Hasil pengkajian: pasien mengeluh batuk berdahak, dahaknya sulit dikeluarkan, pucat, TD 110/80mmHg, nadi 88x/menit, pernapasan 24/menit tidak teratur, suhu 37,5°C, terdengar *gurgling* dan *weezhing*. Perawat melaksanakan tindakan kolaboratif untuk mengeluarkan dahak dengan memberikan *nebulizer*. Apa kriteria evaluasi utama keberhasilan tindakan pada kasus tersebut?
- A. Tidak terdengar suara napas tambahan.
  - B. Dahaknya dapat dikeluarkan oleh pasien.
  - C. Kebutuhan oksigen terpenuhi ditandai sesak napas hilang.
  - D. Menjelaskan cara bagaimana teknik tindakan dengan benar.
  - E. Mendemonstrasikan kembali tindakan yang diajarkan dengan benar.
59. Laki-laki, 70 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam didiagnosis PPOK, mengalami penurunan kesadaran. Hasil pengkajian: terpasang ventilator dan terdenger ngorok, dahak tidak bisa keluar, pucat, *ronchii* dan *weezhing*, TD 130/70mmHg, nadi 90x/menit, pernapasan 30kali/menit tidak teratur, suhu 37,5°C, SaO<sub>2</sub> 95%. Perawat melakukan suction melalui ETT pasien. Apa yang harus diperhatikan perawat sesaat sebelum melakukan suction pada pasien tersebut?
- A. Mengatur posisi pasien.
  - B. Mendengarkan suara napas.
  - C. Melepaskan canule slang ETT.
  - D. Memberikan oksigen 2-5 menit pada pasien.
  - E. Menghidupkan mesin dan cek tekanan botol penampung.
60. Laki-laki, 20 tahun, dirawat di RS didiagnosis *Diabetes Insipidus* mengeluh lemas dan sering haus. Hasil pemeriksaan: TD 80/65mmHg, nadi 120 x/menit lemah, pernapasan 28x/menit, suhu 38°C, muntah 3x berjumlah 300cc, terpasang kateter, jumlah urine 800ml dalam 4 jam, mukosa mulut kering, turgor kulit jelek, kesadaran apatis, kulit dingin, mata cekung, BB 50kg. Pemeriksaan laboratorium:

kalium 2,9mEq/L, Na 123mEq/L. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Resiko infeksi
  - B. Kekurangan elektrolit
  - C. Kelebihan volume cairan
  - D. Perubahan pola eliminasi
  - E. Resiko kekurangan cairan
61. Laki-laki, 45 tahun, baru saja menjalani operasi *appendectomy*. Selama evaluasi *postoperative*, perawat memperhatikan adanya tanda infeksi. Hasil pengkajian: luka operasi terasa panas dan nyeri, tampak kemerahan pada luka post operasi, tidak ada pembengkakan pada area luka operasi. Apa tindakan perawat yang paling tepat pada kasus tersebut ?
- A. Memberikan tambahan cairan intravena.
  - B. Memberikan obat pereda nyeri secara rutin.
  - C. Melaporkan tanda-tanda infeksi kepada dokter.
  - D. Memberikan antibiotik sesuai dengan resep dokter.
  - E. Mengganti *dressing* luka sesuai dengan kebijakan rumah sakit.
62. Perempuan, 50 tahun, didiagnosis medis *Diabetes Mellitus* tipe 2, menjalani amputasi kaki kanan akibat komplikasi vaskular. Saat ini luka post amputasi tampak sudah membaik, tidak terdapat tanda infeksi. Intruksi dokter klien akan direncanakan pulang hari ini. Apa edukasi preventif yang paling tepat pada kasus tersebut?
- A. Meningkatkan aktivitas fisik pasien.
  - B. Memberikan analgesik secara teratur.
  - C. Memantau kadar gula darah secara ketat.
  - D. Memantau tanda-tanda infeksi pada luka.
  - E. Memberikan pendidikan tentang perawatan kaki
63. Laki-laki, 30 tahun, keadaan umum lemah, mengalami peningkatan suhu tubuh *post* operasi. Hasil pengkajian: TD 130/90mmHg, nadi 90x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 37,8°C, akral hangat, SaO<sub>2</sub> 97% *Room Air*. Apa tindakan perawat yang paling sesuai pada kasus tersebut?
- A. Menutup pasien dengan selimut hangat.
  - B. Mengompres dahi dengan kompres dingin.
  - C. Memeriksa dan mencatat suhu setiap 4 jam.
  - D. Meningkatkan suhu ruangan untuk kenyamanan pasien.

- E. Memberikan obat antipiretik sesuai dengan resep dokter.
64. Perempuan, 25 tahun, saat ini berada di *recovery room* post operasi ortopedi, tampak cemas dan mengeluh kesulitan bernapas. Hasil pengkajian: TD 130/80mmHg, nadi 78x/menit, pernapasan 30x/menit, suhu 36,5°C, SaO<sub>2</sub> 95% *room air*. Apa tindakan perawat yang paling tepat pada kasus tersebut?
- A. Mengajarkan teknik pernapasan dalam.
  - B. Memberikan obat anti-ansietas sesuai resep dokter.
  - C. Menjelaskan bahwa gejala ini normal setelah operasi.
  - D. Kolaborasi pemberian oksigen sesuai dengan kebutuhan.
  - E. Mendorong pasien untuk minum air dalam jumlah banyak.
65. Laki-laki, 40 tahun, keadaan lemah *post* operasi gastrointestinal, terpasang *Nasogastric Tube* (NGT). Saat ini pasien akan diberikan diet cair 100cc, sebelum diberikan perawat diharuskan memeriksa NGT dengan mengecek ada atau tidaknya residu pada selang NGT-nya. Apa tindakan utama untuk merawat NGT pada kasus tersebut?
- A. Memeriksa posisi dan patensi NGT secara teratur.
  - B. Memasukkan cairan irigasi melalui NGT setiap 4 jam.
  - C. Memberikan makanan cair melalui NGT setiap 6 jam.
  - D. Menarik NGT keluar sedikit untuk mengurangi tekanan.
  - E. Memastikan bahwa NGT terhubung dengan pompa infus kontinu.

# **PEMBAHASAN SOAL**

## **KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

### 1. C. Nekrotomi /debridemen.

Perawat sedang melakukan perawatan luka dan telah selesai pencucian serta pengeringan luka.

- A. Mengkaji luka tidak tepat karena mengkaji luka adalah tindakan lanjutan dari perawatan luka setelah melakukan nekrotomi/debride men pada luka dengan warna dasar yellow atau black.
- B. Menutup luka tidak tepat karena menutup luka adalah tindakan perawatan luka setelah semua prosedur selesai dikerjakan.
- C. Nekrotomi/debride men tepat karena merupakan pemotongan dan pembersihan jaringan nekrotik atau lapisan biofilm yang dibuat oleh bakteri, dikerjakan setelah luka dikeringkan dari cairan pencuci luka.
- D. Melepas sarung tangan kotor tidak tepat karena melepas sarung tangan adalah tindakan yang dilakukan untuk persiapan pada tindakan steril yang dikerjakan setelah dedridemen atau pencucian luka yang ke dua.
- E. Memberikan modern dressing tidak tepat karena tindakan ini merupakan tahapan perawatan yang dilakukan setelah pengkajian luka selesai dan membuat kesimpulan warna dasar luka ke dalam RYB.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang urutan prosedur perawatan luka dengan konsep modern .

Referensi: Kusyati.E, Mustaida, Wahyuningsih. R. D.Yunani, Syaifudin.A., Fauziyah.N., Hartana.A.,(2020). Ketampilan & Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar. Edisi III. Jakarta. Penerbit Buku kedokteran EGC  
Brunner & Suddarth. ( 2017). Keperawatan Medikal Bedah . Jakarta . Penerbit Buku Kedokteran EGC

### 2. E. Grade IV

Kedalaman luka sampai tendon dan otot, panjang 8 cm, lebar 5 cm.

- A. Grade 0 tidak tepat karena grade ini kulit dalam kondisi utuk tidak ada luka sama sekali.
- B. Grade I tidak tepat karena termasuk luka superfisial (*Non-Blanching Erythema*): yaitu luka yang terjadi pada lapisan epidermis.
- C. Grade II tidak tepat karena termasuk luka "*Partial Thickness*": yaitu hilangnya lapisan kulit pada lapisan epidermis dan bagian atas dari dermis. Merupakan luka superficial dan adanya tanda klinis seperti abrasi, blister atau lubang yang dangkal.

- D. Grade III tidak tepat karena termasuk Luka "*Full Thickness*": yaitu hilangnya kulit keseluruhan meliputi kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan yang dapat meluas sampai bawah tetapi tidak melewati jaringan yang mendasarinya. Lukanya sampai pada lapisan epidermis, dermis dan fasia tetapi tidak mengenai otot. Luka timbul secara klinis sebagai suatu lubang yang dalam dengan atau tanpa merusak jaringan sekitarnya.
- E. Grade IV tepat karena termasuk luka "*Full Thickness*" yang telah mencapai lapisan otot, tendon dan tulang dengan adanya destruksi/kerusakan yang luas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep dasar luka berdasarkan kedalaman dan luas luka

Referensi: Kusyati, E. (2012). Pengkajian Luka Secara Komprehensif, Semarang, Gabardin Jaya

Suriadi, (2007). Manajemen Luka. Pontianak. STIKES Muhammadiyah

### 3. D. 45 %.

Lokasi luka bakar pada seluruh kepala dan muka, seluruh dada dan perut, punggung, tangan kiri.

Luas luka bakar dibuat dengan perhitungan persentase. Untuk perhitungan cepat luas luka bakar pada orang dewasa digunakan rumus menghitung "*Rule of Nine*". Persentase luka bakar berdasarkan "*Rule of Nine*" yaitu: Kepala dan leher 9%, Dada 9%, Perut 9%, Punggung 9%, Bokong 9%, Lengan dan tangan kanan 9%, Lengan dan tangan kiri 9%, Paha kanan 9%, Paha kiri 9%, Betis-kaki kanan 9%, Betis-kaki kiri 9%, Perineum dan genitalia: 1%

- A. 28%, tidak tepat karena belum semua bagian yang terkena luka bakar dihitung sesuai teori *rule of nine*.
- B. 36%, tidak tepat karena belum semua bagian yang terkena luka bakar dihitung sesuai teori *rule of nine*.
- C. 37%, tidak tepat karena belum semua bagian yang terkena luka bakar dihitung sesuai teori *rule of nine*.
- D. 45%, Penghitungan tepat, karena sesuai dengan rule of nine yaitu berasal dari muka dan seluruh kepala 9%, seluruh dada dan perut 18%, punggung 9%, tangan kiri 9%.
- E. 46%, tidak tepat karena belum semua bagian yang terkena luka bakar dihitung sesuai teori *rule of nine*.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang teori konsep luka bakar dengan berlatih menghitung derajat luka dengan teori Wallace (rule of nine).

Referensi: Kusyati, E. (2012). Pengkajian Luka secara Komprehensive, Semarang , Gabardin Jaya

Effendi,C. (1999). Perawatan Pasien Luka Bakar, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Morison M.J, Moya A (2004) Colour Guide to the Nursing Management of Wound. Philadelphia: WB Sauders.

Suriadi. (2007). Manajemen Luka. Penerbit STIKEP Muhammadiyah. Pontianak

#### **4. B. Autonomy.**

Perawat melakukan amputasi ibu jari tanpa meminta pendapat dari pasien dan keluarga.

Penerapan prinsip etik penting untuk dilakukan agar tidak menimbulkan kerugian bagi pasien. Kerugian tersebut dapat menyebabkan injury atau bahaya fisik, bahaya emosional seperti perasaan ketidakpuasan, kecacatan bahkan kematian dan akhirnya tujuan pelayanan yang berupa patient safety tidak akan pernah terwujud. Prinsip-prinsip etik yang harus dimiliki oleh seorang perawat, meliputi delapan hal yaitu : otonomi (*autonomy*), berbuat baik (*beneficence*), keadilan (*justice*), tidak merugikan (*nonmaleficence*), kejujuran (*veracity*), menepati janji (*fidelity*), kerahasiaan (*confidentiality*) dan akuntabilitas (*accountability*)

- A. *Veracity* tidak tepat, karena prinsip ini perawat harus menyampaikan kebenaran pada setiap klien untuk meyakinkan agar klien mengertiDalam hal ini informasi harus akurat, komprehensif dan objektif.
- B. *Autonomy* tepat, karena prinsip ini perawat harus menghargai pendapat dan hak pasien.
- C. *Beneficence* tidak tepat, karena prinsip etik ini perawat harus berbuat baik dan melakukan Tindakan untuk kebaikan pasien.
- D. *Accountability* tidak tepat, karena aspek legal perawat untuk bertanggung jawab secara professional terhadap jenis dan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan.
- E. *Nonmaleficence* tidak tepat, karena prinsip ini menjelaskan bahwa segala Tindakan yang dilakukan pada klien tidak menimbulkan bahaya baik fisik maupun psikologis.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penerapan prinsip etik dalam keperawatan.

Referensi: Potter & Perry (edisi terjemahan). (2020). Dasar-Dasar Keperawatan .St. Louis. Missouri. Saunders Elesivier

Black, J.M.,& Hawks,J.H.(2009). Medikal Surgical Nursing Clinical Management for Positif Outcome. 8th edition.St. Louis, Missouri :Saunders Elseiver

### 5. A. PaCO<sub>2</sub> dan HCO<sub>3</sub>.

Luka bakar daerah muka, leher, dada atas, bulu hidung terbakar, dan terlihat retraksi otot dada, pernapasan cuping hidung, frekuensi pernapasan 34x/menit. Luka bakar yang terjadi pada area muka beresiko meluas ke saluran napas, sehingga dapat menyebabkan masalah kegawatan jalan napas akibat sumbatan dari proses oedem, sehingga diperlukan suatu validitas data dengan pemeriksaan penunjang.

- A. PaCO<sub>2</sub> dan HCO<sub>3</sub> tepat karena bagian dari hasil analisa gas darah pemeriksaan dengan menggunakan sampel darah arteri untuk mengetahui kadar oksigen, karbon dioksida, dan tingkat asam basa (pH) di dalam darah. Analisis gas darah umumnya dilakukan untuk memeriksa fungsi organ paru yang menjadi tempat pertukaran oksigen dan karbon dioksida. Tekanan parsial karbon dioksida (PaCO<sub>2</sub>) adalah tes yang mengukur pergerakan CO<sub>2</sub> dari paru-paru ke darah. Natrium bikarbonat adalah suatu kondisi di mana ada terlalu banyak asam dalam cairan tubuh.
- B. Plasma darah dan hematokrit tidak tepat karena plasma darah adalah cairan berwarna kekuningan yang bertugas membawa sel darah dan berbagai nutrisi penting guna menunjang kesehatan tubuh dan proses pembekuan darah, sedangkan hematokrit adalah salah satu parameter penting dalam dunia medis yang digunakan untuk mengukur persentase volume sel darah merah dalam darah pasien.
- C. Nilai hitung leukosit dan eritrosit tidak tepat perhitungan jenis leukosit yang ada dalam darah berdasarkan proporsi (%) tiap jenis leukosit dari seluruh jumlah leukosit. Jenis leukosit yang dihitung adalah neutrofil, eosinofil, basofil, monosit dan limposit, sedangkan komponen darah yang berperan dalam pendistribusian oksigen ke seluruh tubuh. Eritrosit menyalurkan oksigen ke seluruh sel-sel, jaringan, dan organ tubuh untuk digunakan sebagai bahan bakar pembentukan energi, sehingga tubuh bisa menjalankan fungsi dengan baik.

- D. Albumin serum dan hemoglobin tidak tepat karena albumin serum mengukur jumlah albumin dalam darah yang sangat diperlukan untuk mempertahankan cairan didalam pembuluh darah dan proses pembangunan sel yang mengalami kerusakan akibat adanya luka, sedangkan hemoglobin adalah protein yang terdapat dalam sel darah merah yang bertanggung jawab untuk mengangkut oksigen dari paru-paru ke seluruh tubuh. Pemeriksaan HB digunakan untuk mengukur jumlah hemoglobin dalam darah. Tujuan pemeriksaan hemoglobin sebagai deteksi dini terhadap adanya gejala anemia secara umum.
- E. Leukosit dan trombosit tidak tepat karena komponen sel darah yang berperan penting dalam melawan kuman penyebab infeksi atau penyakit di dalam tubuh. Sehingga, jika kadar leukosit terlalu rendah, maka tubuh menjadi lebih rentan terkena penyakit, sedangkan Keping darah atau trombosit adalah komponen darah yang memiliki peran penting dalam menghentikan perdarahan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari pemeriksaan penunjang yang menunjang Analisa gangguan pernapasan.

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

Potter & Perry. ( edisi terjemahan). ( 2020) Dasar-Dasar Keperawatan . Elesivier

Referensi: Black,J.M.,& Hawks,J.H.(2009). Medikal Surgical Nursing Clinical Management for Positif Outcome. 8th edition.St. Louis, Missouri: Saunders Elseiver

## 6. B. 2.

Kekuatan otot.

- A. 1, Jika hasil pemeriksaan menunjukkan hanya ada kontraksi otot tetapi tidak ada gerakan saat diberikan rangsangan.
- B. 2, Otot dapat berkontraksi lebih kuat tetapi tidak dapat sepenuhnya untuk melawan gravitasi.
- C. 3, Otot dapat berkontraksi sepenuhnya dan menggerakkan bagian tubuh ke segala arah melawan gravitasi. Tetapi ketika diberi tahanan, otot tidak mampu mempertahankan kontraksi.
- D. 4, Otot dapat berkontraksi dan memberikan tahanan, akan tetapi ketika diberi tahanan maksimal, otot tidak mampu mempertahankan kontraksi.

- E. 5, Otot berfungsi normal dan dapat mempertahankan posisinya ketika diberi tahanan maksimal.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Pemeriksaan kekuatan otot.

Referensi: <https://flexfreeclinic.com/artikel/detail/793?title=pengukuran-kekuatan-otot>

## 7. E. Bersihan jalan napas tidak efektif.

PPOK, batuk.

- A. resiko aspirasi, pasien beresiko mengalami masuknya sekrsi gastrointestinal, sekresi orofring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkial akibat disfungsi mekanisme protektif saaluran pernapasan. Pada kasus tersebut tidak menggambarkan tanda-tanda yang sesuai.
- B. pola napas tidak efekstif, tanda mayor: dispnea, penggunaan otot bantu napas, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal. Pada kasus tersebut tidak ditemukan 80% dari tanda tersebut.
- C. gangguan pertukaran gas, tanda mayor: sesak napas, PCO<sub>2</sub> meningkat/menurun, PO<sub>2</sub> menurun, takikardia, PH arteri meningkat/menurun, dan terdapat bunyi napas tambahan. Pada kasus tersebut tidak ditemukan 80% dari tanda tersebut.
- D. gangguan ventilasi spontan, tanda mayor sesak napas, terdapat penggunaan otot bantu napas, volume tidal menurun, PCO<sub>2</sub> meningkat, PO<sub>2</sub> menurun, SaO<sub>2</sub> menurun. Pada kasus tersebut tidak ditemukan 80% dari tanda tersebut.
- E. bersihan jalan napas tidak efektif, pada kasus di atas memenuhi kriteria tanda mayor 80% untuk bersihan jalan napas di SDKI

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah keperawatan pada kategori fisiologis.

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

## 8. A. Perfusi perifer tidak efektif

Anemia.

- A. perfusi perifer tidak efektif, kasus di atas dari hasil pemeriksaan adalah tanda mayor pada masalah di pilihan jawaban A, lebih dari 80% tanda mayor.
- B. gangguan sirkulasi spontan, tanda mayor: pasien tidak berespon, frekuensi nadi  $< 50$  x/menit, TD sistolik  $< 60$  mmHg atau  $> 200$  mmHg, RR  $< 6$  x/menit atau  $> 30$  x/menit, kesadaran menurun. Pada kasus tersebut tidak ditemukan tanda tersebut.
- C. resiko perfusi perifer tidak efektif, pasien beresiko penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat menganggu metabolism.
- D. resiko perfusi cerebral tidak efektif, pasien beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.
- E. resiko gangguan sirkulasi spontan, beresiko mengalami ketidakmampuan untuk mempertahankan sirkulasi adekuat untuk menunjang kehidupan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah keperawatan pada kelas fisiologis sirkulasi.

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

## 9. A. Dukungan ambulasi.

Kekuatan otot.

- A. dukungan ambulasi, menurut SLKI dukungan ambulasi adalah intervensi utama pada gangguan mobilitas fisik, karena pada kasus tersebut masalah utamanya adalah gangguan mobilitas fisik.
- B. edukasi latihan fisik, intervensi pendukung.
- C. pemantauan neurologis, intervensi pendukung.
- D. edukasi teknik ambulasi, intervensi pendukung.
- E. manajemen program Latihan, intervensi pendukung.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi utama dan pendukung masalah gangguan mobilitas fisik.

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

**10.D. Manajemen hiperglikemia.**

DM.

- A. edukasi diit, intervensi pendukung.
- B. konseling nutrisi, intervensi pendukung.
- C. edukasi proses penyakit, intervensi pendukung.
- D. manajemen hiperglikemia, pada kasus tersebut masalah utamanya adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah maka jawaban D adalah intervensi utamanya.
- E. dukungan kepatuhan pengobatan, intervensi pendukung.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi utama dan pendukung pada masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah.

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

**11.A. Bersihan jalan napas tidak efektif.**

Sesak napas, suara napas terdengar ronchi pada paru kiri dan kanan.

- A. bersihan jalan napas tidak efektif, pada soal terlihat adanya data yg mendukung berdasarkan data mayor terdapat sesak napas, batuk berdahak, frekuensi napas berubah meningkat, suara napas terdengar ronchi pada paru kiri dan kanan.
- B. gangguan pertukaran gas, dalam soal data belum mendukung untuk menunjukkan gangguan pertukaran gas, tidak ada hasil pemeriksaan AGD yang abnormal, Takikardi.
- C. pola napas tidak efektif, di soal data belum mendukung untuk menunjukkan data polanapas tidak efektif misal, penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal (*tachypnea, bradipnea, kussmaul, cheyne stokes*).
- D. intoleransi aktifitas, data disoal belum mendukung.
- E. risiko defisit nutrisi, data disoal belum mendukung, hanya terdapat data tidak nafsu makan saja.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penentuan masalah keperawatan gangguan sistem pernapasan.

Referensi: Smeltzer, Suzanne C. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner& Suddarth/editor, Suzanne C Smeltzer, Brenda G bare ; alih bahasa,

Agung Waluyo et.al ; editor edisi bahasa Indonesia, Monica Ester.-Ed. Jakarta : EGC, 2001

### 12.B. Negatif.

- Tes tuberkulin, Tidak mengalami pembengkakan (indurasi).
- A. Positif, Apabila hasil positif terlihat hasilnya jika menunjukkan indurasi berdiameter 10 mm atau lebih dan mengindikasi adanya paparan terhadap TBC.
  - B. Negatif, Hasil tes tuberkulin pada kulit area sekitar tusukan tidak mengalami pembengkakan (indurasi), ekimosis yg kecil adalah tidak bermakna, kemungkinan karena faktor injeksi saja. Karena pada soal hasil tes tidak ada indurasi maka hasil negatif.
  - C. Diketahui, tidak ada hasil interpretasi dari hasil tes tuberkulin yg hasilnya diketahui, hasilnya hanya Positif atau negatif.
  - D. Ragu-ragu, tidak ada hasil interpretasi dari hasil tes tuberkulin yg hasilnya ragu-ragu, hasilnya hanya Positif atau negative.
  - E. Tidak tentu, tidak ada hasil interpretasi dari hasil tes tuberkulin yg hasilnya tidak tentu, hasilnya hanya Positif atau negative.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang interpretasi Tes Tuberkulin.

Referensi: Smeltzer, Suzanne C. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner& Suddarth/editor, Suzanne C Smeltzer, Brenda G bare ; alih bahasa, Agung Waluyo et.al ; editor edisi bahasa Indonesia, Monica Ester.-Ed. Jakarta : EGC, 2001

### 13.A. Melonggarkan bidai.

*Fracture cruris sinistra*, pembidaian.

- A. Dalam pemasangan bidai harus dilakukan monitor dan evaluasi setelah pemasangan apalagi dalam waktu yg lama, dikawatirkan adanya tanda dan gejala terjadi sindrom kompartemen akibat adanya pemasangan bidai yg terlalu kencang dalam mengikat. Apabila terdapat tanda-tanda seperti pembengkakan, kesemutan, otot lemas, pucat, tidak terapa nadi. Segera longgarkan bidai .
- B. Mempersiapkan pembedahan merupakan tindakan lanjutan setelah penangan utama.

- C. menganjurkan meninggikan kaki kiri, bisa dilakukan untuk mengurangi pembengkakan.
- D. memposisikan kaki yang terbidai datar, tidak akan menangani permasalahan yang dikarenakan terjadinya sindrom kompartemen.
- E. melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, tindakan ini akan dilakukan jika sudah tindakan utama penangan sindrom kompartemen dilakukan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penatalaksanaan sindrom kompartemen.

Referensi: Smeltzer, Suzanne C. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner& Suddarth/editor, Suzanne C Smeltzer, Brenda G bare ; alih bahasa, Agung Waluyo et.al; editor edisi bahasa Indonesia, Monica Ester.-Ed. Jakarta: EGC, 2001

#### **14.D. Menonjol dan bengkak.**

Kolostomi, *prolaps stoma*.

- A. Stoma mengecil, bila terjadi pada kulit atau fascia disebut stenosis.
- B. Stoma gelap dan kebiruan menandakan terjadi retraksi stoma.
- C. Stoma terbuka dan berdarah hasil kolostomi tidak jadi.
- D. Prolaps stoma merupakan keluarnya usus melalui lubang stoma, tampak memanjang dan bengkak.
- E. tenggelam stoma tertarik kedalam Salah satu tanda terjadinya retraksi stoma.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kolostomi dan komplikasinya.

Referensi: Smeltzer, Suzanne C. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner& Suddarth/editor, Suzanne C Smeltzer, Brenda G bare; alih bahasa, Agung Waluyo et.al; editor edisi bahasa Indonesia, Monica Ester. Ed. Jakarta: EGC, 2001.

#### **15.A. Nyeri akut.**

Apendiktomi, nyeri.

- A. Tindakan appendiktomi menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan kulit dan yang mempersyarafi, sehingga mengakibatkan rasa nyeri. Dalam

soal terdapat data mayor yg mendukung masalah keperawatan nyeri akut yaitu keluhan nyeri skala 6, dan wajah meringis kesakitan.

- B. Dari data di soal belum menunjukkan data yang mendukung masalah risiko infeksi
- C. Dalam soal terdapat data nafsu makan menurun, hal tersebut dikarenakan ada rasa nyeri mengakibatkan mual muntah. Data belum memperkuat masalah defisit nutrisi.
- D. Rasa nyeri menyebabkan pasien takut bergerak sehingga terjadi intoleransi aktivitas akan tetapi bukan merupakan masalah yang utama.
- E. Nyeri dapat mengakibatkan gangguan pola tidur, akan tetapi bukan masalah uatama dari kasus tersebut.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali masalah keperawatan pada kasus Apendiktomi.

Referensi: Smeltzer, Suzanne C. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner& Suddarth/editor, Suzanne C Smeltzer, Brenda G bare; alih bahasa, Agung Waluyo et.al; editor edisi bahasa Indonesia, Monica Ester.-Ed. Jakarta: EGC, 2001.

#### **16.D. Risiko perfusi serebral tidak efektif.**

Tak tampak ada gangguan neurologis, hanya hipertensi saja.

- A. Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.
- B. perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan social.
- C. Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.
- D. Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak disebabkan faktor risiko hipertensi yang ditandai kepala pusing dan leher kaku.
- E. Gangguan mekanisme dinamika intracranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intracranial, ditandai sakit kepala, tekanan darah meningkat, refleks neurologis terganggu.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang membuat masalah keperawatan yang berhubungan dengan asuhan keperawatan klien dengan Hipertensi.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar diagnosis Keperawatan Indonesia. Edisi 1, Cetakan ke 3.

### 17.E. Antikoagulan (tanpa kontraindikasi).

Pasien memiliki Riwayat jantung dan pasien mengeluh nyeri dada menjalar ke punggung. Maka Tindakan untuk kolaborasi mengurang nyeri adalah terapi utama nitrat dan antikoagulan untuk membuka pembuluh darah jantung yang menyempit agar dilatasi.

- A. Analgetik, golongan obat yang berfungsi untuk mengurangi nyeri, disoal ini tidak cocok untuk mengurangi nyeri dada akibat penyakit jantung, bisanya diberi golongan nitrat untuk mengurangi nyeri dada.
- B. Loop diuretik (IV), diuretic adalah obat untuk untuk membuang kelebihan garam dan air dalam tubuh melalui urine
- C. Inotropik positif (IV), Zat yang dapat mempengaruhi daya kontraksi otot. Factor yang meningkatkan kontraktilitas disebut juga sebagai inotropic positif.
- D. Beta blocker (tanpa kontraindikasi), penyekat beta adalah kelas obat yang digunakan untuk mengatur ritme jantung abnormal dan menjaga jantung dari serangan jantung berulang setelah serangan jantung pertama.
- E. Antikoagulan (tanpa kontraindikasi), obat yang berfungsi mencegah pengumpulan darah. Obat ini digunakan untuk mengatasi atau mencegah penyumbatan pembuluh darah yang dapat membahayakan nyawa seperti fibrilasi atrium.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang oba-obat kardiovaskuler dan indikasinya.

Referensi: Abdul M (2018). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.

Aaronson & Ward. (2010). At Glance Sistem Kardiovaskuler. Jakarta: Erlangga.  
Asikin, M. (2016). Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Kardiovaskuler. Jakarta: Erlangga

### 18.A. Anemia.

Salah satu tanda gejala leukemia adalah menurunnya kadar Hb dan hasil lab yang lain tak disebutkan.

- A. Anemia, kondisi dimana tubuh kekurangan sel darah merah.

- B. Epistaksis, mimisan atau perdarahan dari hidung baik secara spontan disebabkan mengupil atau trauma
- C. Leukopenia, rendahnya kadar leukosit atau sel darah putih dalam darah.
- D. Pansitopenia, suatu keadaan yang ditandai oleh adanya anemia, leukopenia serta trombositopenia akibat gangguan sum-sum tulang yang menyebabkan proses produksi sel hematopoitek menjadi tidak normal.
- E. Trombositopenia, rendahnya kadar trombosit.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan keperawatan dengan klien dengan leukemia.

Referensi: American Cancer Society. (2018a). About Acute Lymphocytic Leukemia (ALL). American Cancer Society, 1–11. <https://www.cancer.org/cancer/acute-lymphocytic-leukemia/about/what-is-all.html>

A Potter, & Perry, A. G. (2020). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, edisi 4, Volume.2. Jakarta: EGC.

#### **19.E. Mengurangi peningkatan tekanan abdominal saat buang air besar.**

Diberi *therapi laxative* dan hasil *CT. Scan: Aneurisma Aorta Abdominalis*.

- A. *Therapi laxative* disini tidak untuk mempromosikan untuk mengosongkan usus karena peningkatan pergerakan usus.
- B. Tujuan pemberian di kasus tersebut tidak untuk menurunkan berat badan.
- C. Pasien tidak ada tindakan prosedur untuk kolonoskopi.
- D. *Therapi laxative* tidak diberi karena tak jelas pasien sudah berapa hari tak buang air besar.
- E. Untuk mengurangi peningkatan tekanan abdominal saat buang air besar maka sudah diberi therapi laxative agar pasien buang air besar jangan sampai mengeden.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan keperawatan dengan klien Aneurisma Aorta Abdominalis.

Referensi: A Potter, & Perry, A. G. (2020). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, edisi 4, Volume.2. Jakarta: EGC

**20.B. Pola napas tidak efektif.**

- Frekuensi pernapasan 26x/menit, terpasang oksigen 4 liter dan ada efusi pleura.
- Berisiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam trakeobronkhial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas.
  - Inspirasi ada otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi akut.
  - Ketidakmampuan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.
  - Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus-kapiler.
  - Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar diagnosis Keperawatan Indonesia. Edisi 1, Cetakan ke 3.

**21.A. 6**

Respon pasien saat diberikan rangsangan nyeri.

- Membuka mata (E) nilai 2, bergumam (V) nilai 2, dan ekstensi abnormal (M) nilai 2, maka nilai GCS (EVM) adalah 6.
- Tidak relevan.
- Tidak relevan.
- Tidak relevan.
- Tidak relevan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penilaian tingkat kesadaran dengan menggunakan penilaian GCS (Glasgow coma scale).

Referensi: Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes. 8th edition. St. Louis, Missouri.

**22.B. Kuning.**

Cairan eksudat *semiliquid* dan terdapat *slough*.

- Luka berwarna merah menunjukkan penyembuhan dan vaskularisasi yang baik.
- Luka berwarna kuning dikarenakan terbentuknya jaringan nekrotik yang lembut dengan cairan eksudat berjenis *semiliquid*.

- C. Luka berwarna hitam karena tidak adekuatnya vaskularisasi ke area luka.
- D. Luka berwarna hijau adalah kondisi luka yang terkontaminasi/terinfeksi dengan bakteri pseudomonas.
- E. Luka berwarna pink menunjukkan jaringan luka sudah mulai menunjukkan proses penyembuhan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perbedaan warna permukaan pada luka.

Referensi: Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes. 8th edition. St. Louis, Missouri.

### **23.C. Kemampuan aktivitas.**

Fokus evaluasi pada fungsi jantung.

- A. Bukan termasuk kriteria utama keberhasilan pengobatan.
- B. Bukan termasuk kriteria utama keberhasilan pengobatan.
- C. Ketidakmampuan jantung dalam berkontraksi karena penurunan curah jantung yang membawa nutrisi dan oksigen ke seluruh tubuh untuk metabolisme sebagai sumber energi dalam melakukan aktivitas, apabila terjadi kegagalan dalam pemenuhan energi maka terjadi kegagalan dalam beraktivitas. Jadi kemampuan aktivitas harus dikaji untuk membuktikan fungsi dari jantung.
- D. Tidak terdapat data yang relevan.
- E. Tidak relevan: tidak ada tanda-tanda yang mengkhawatirkan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang fisiologi dan patofisiologi penyakit gagal jantung.

Referensi: Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes. 8th edition. St. Louis, Missouri

Smeltzer C. Suzanne.(2002). Brunner & Suddarth, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi 3, volume 8. Jakarta, EGC.

### **24.B. Seperti apa nyeri yang dirasakan?**

Kwalitas nyeri belum dikaji.

- A. Sudah ada jawaban pada vignette.
- B. belum ada pertanyaan mengenai kwalitas nyeri yang dirasakan.
- C. Sudah ada jawaban pada vignette.

- D. Sudah ada jawaban pada vignette.
- E. Sudah ada jawaban pada vignette.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang PQRST (Provokatif, Qualitas, Region, Skala dan Time) pada saat melakukan pengkajian pada pasien dengan keluhan utama nyeri.

Referensi: Dewit SC, Stromberg H, Dallerd C, (2016). Medical Surgical Nursing: Concept & Practice. 3 Edition, Elsevier Inc.

### **25.B. *Fidelity*.**

Cairan infus pasien telah habis diwaktu yang telah ditentukan sendiri oleh perawat tapi tidak menepati keputusan sebagai komitmen atau janji segera datang untuk mengganti cairan tersebut.

- A. *Justice*, keadilan.
- B. *Fidelity*, menepati janji.
- C. *Veracity*, kejujuran.
- D. *Autonomy*, keputusan sendiri.
- E. *Non maleficence*, tidak merugikan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip-prinsip etik yang diterapkan dalam kasus-kasus keperawatan.

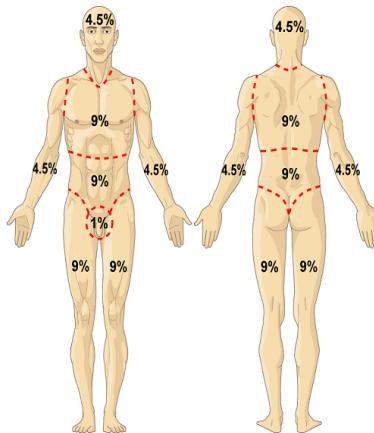
Referensi: Potter P.A. Perry A.G., Stockert P.A., Hall A.M., Novieastari E., Ibrahim K., Deswani, Ramdaniati S. (2020). Dasar-Dasar Keperawatan Vol 1 (Edisi Indonesia 9).

### **26.E. 18 %.**

Luka bakar, seluruh ekstremitas kanan atas dan bawah bagian depan mengacu pada rumus luas luka bakar "*Rule of Nine*".

- A. 1%, artinya luka bakar pada daerah genetalia.
- B. 4,5%, jika luka bakar sebagian dari area kepala.
- C. 9%, jika luka bakar hanya terdapat pada sebagian (depan atau belakang) lengan atas atau bawah saja.
- D. 13,5%, dapat diartikan terdapat luka bakar sebagian daerah kepala dan sebagian lengan atas (bagian depan atau belakang)

- E. 18%, jika luka bakar hanya terdapat pada lengan atas atau bawah depan-belakang atau juga hanya terdapat bagian depan atau belakang lengan atas dan bawah.



Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian (Rule of nine atau Rule Of Ten) dan konsep perawatan luka bakar.

Referensi: Hamdana, et al (2023). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Kegawat Daruratan Sistem Integumen Luka Bakar. Nas Media Pustaka.[https://books.google.co.id/books?id=jS\\_TEAAAQBAJ](https://books.google.co.id/books?id=jS_TEAAAQBAJ).  
 'Rasyida, Z. M., et al., (2023). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Medikal Bedah Dengan Berbagai Masalah Gangguan Konsep Diri. Get Press Indonesia. <https://books.google.co.id/books?id=InjXEAAAQBAJ>.  
 Sabiston, D. C. (n.d.). Buku Ajar Bedah. Egc. <https://books.google.co.id/books?id=qgdPlhd-lc0C>.

## 27.C. Lakukan konpres dingin.

Nyeri pada sendi lutut dengan skala nyeri 5, lutut tampak kemerahan, sedikit bengkak, suhu 36,7.

- A. Jika lutut dalam kondisi bengkak, nyeri maka adanya cedera pada jaringan ikat sekitarnya sehingga demikian pijat tidak disarankan karena dapat memperberat kondisi cedera.
- B. Analgetik merupakan tindakan kolaboratif yang memang efektif dapat menurunkan nyeri namun bersifat sementara (suportif).
- C. Lakukan konpres dingin adalah tindakan mandiri yang paling mungkin dapat dilakukan langsung pada pasien untuk menurunkan aliran darah yang berefek terhadap penurunan zat pemicu terjadinya radang pada area cedera sehingga dapat mengurangi bengkak dan nyeri karena efek fungsi vasokonstruksi pada air yang dingin.

- D. Latihan angkat beban ringan merupakan salah satu tindakan mandiri untuk meningkatkan masa dan kekuatan otot lutut yang berfungsi membantu lutut mampu menopak beban tubuh.
- E. Anjurkan penurunan berat badan merupakan termasuk tindakan edukasi yang dianjurkan untuk menurunkan beban lutut menopang berat badan bagi pasien tersebut untuk mengurangi rasa sakit di lutut.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali patofisiologis teradinya nyeri pada lutut, osteomeilitis, osteoarthritis.

Referensi: Sabiston, D. C. (n.d.). Buku Ajar Bedah. Egc. <https://books.google.co.id/books?id=qgdPlhd-1c0C>  
Wahyuni, T. D. (2021). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Muskuloskeletal. Penerbit NEM. <https://books.google.co.id/books?id=g24vEAAAQBAJ>  
Insani, R. U. (2014). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Muskuloskeletal. Deepublish. <https://books.google.co.id/books?id=Si88DAAAQBAJ>

## 28.A. Nyeri akut.

Pasien, mengeluh nyeri, skala 6, melindungi area yang sakit, kadang menyeringai menahan sakit.

- A. Nyeri akut, merujuk pada SDKI bahwa pada kasus diatas terdapat 80% data mayor masalah nyeri akut, yaitu adanya ungkapan nyeri, skala nyeri, perilaku melindungi nyeri dan ekspresi menahan sakit dimana keadianya terjadi kurang dari 3 bulan.
- B. Pada kasus tersebut diatas baru terjadi jadi kondisi kelemahan fisik belum bisa digambarkan, namun tidak mampu digerakkan karena sakit.
- C. Kondisi intoleransi aktivitas kurang tepat pada kasus terbut diatas karena objek terganggu bukan pada system yang mempengaruhi terkait ketidak cukupan oksigen tapi lebih pada kondisi mobilitas.
- D. Gangguan pola napas bisa terjadi jika pasien telah mengalami badtress dalam waktu yang lama sehingga dapat mempengaruhi ekspansi paru terhadap efek grafitasi, namun terkait dengan kasus diatas kemungkinan terjadi gangguan pola napas sangat kecil.
- E. Gangguan mobilitas fisik sangat mungkin terjadi disebabkan karena adanya salah satu ekstremitas mengalami fraktur.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali metode penetuan masalah utama keperawatan dengan mengacu pada SDKI.

Referensi: Sabiston, D. C. (n.d.). Buku Ajar Bedah. Egc. <https://books.google.co.id/books?id=qgdPlhd-Ic0C>

Wahyuni, T. D. (2021). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Muskuloskeletal. Penerbit NEM. <https://books.google.co.id/books?id=g24vEAAAQBAJ>

Insani, R. U. (2014). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Muskuloskeletal. Deepublish. <https://books.google.co.id/books?id=Si88DAAAQBAJ>

## **29.E. Gangguan mobilitas fisik**

Pasien, mengeluh nyeri, skala 6, melindungi area yang sakit, kadang menyeringai menahan sakit.

- A. Kondisi intoleransi aktivitas kurang tepat pada kasus terbut diatas karena objek terganggu bukan pada system yang mempengaruhi terkait ketidak cukupan oksigen tapi lebih pada kondisi mobilitas.
- B. Pada kasus tersebut diatas baru terjadi jadi kondisi kelemahan fisik belum bisa digambarkan, namun tidak mampu digerakkan karena sakit.
- C. Gangguan pola napas terkait dengan kasus diatas kemungkinan terjadi sangat kecil.
- D. Nyeri akut, merujuk pada SDKI bahwa pada kasus diatas 80% data mendukung terjadinya masalah nyeri.
- E. Gangguan mobilitas fisik bisa terjadi disebabkan karena adanya salah satu ekstremitas mengalami gangguan sakit terutama mau aktivitas (jalan).

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali metode penetuan masalah utama keperawatan dengan mengacu pada SDKI.

Referensi: Sabiston, D. C. (n.d.). Buku Ajar Bedah. Egc. <https://books.google.co.id/books?id=qgdPlhd-Ic0C>

Wahyuni, T. D. (2021). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Muskuloskeletal. Penerbit NEM. <https://books.google.co.id/books?id=g24vEAAAQBAJ>.

Insani, R. U. (2014). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Muskuloskeletal. Deepublish. <https://books.google.co.id/books?id=Si88DAAAQBAJ>

International, N. (2014). Nursing Diagnoses 2012-14: Definitions and Classification. Wiley. <https://books.google.co.id/books?id=Opwyc-OpWhIC>.

### **30.B. Memberikan bantuan terapi oksigen.**

- Pasien mengeluh sesak, frekuensi napas 30x/menit, saturasi oksigen 89%.
- Melakukan pengecekan analisa gas darah merupakan bagian upaya mengetahui kondisi gas dalam darah yang masih membutuhkan waktu untuk menyimpulkan suatu kondisi pasien.
  - Memberikan bantuan terapi oksigen merupakan harus diberikan saat itu juga untuk memenuhi oksigen yang kurang pada pasien sesuai dengan prinsip kegawatan yang harus diberikan terlebih dahulu bersamaan dengan pemberian posisi semi fowler.
  - Mengatur pasien posisi tidur terdiri dari beberapa posisi yang dapat digunakan sesuai dengan kebutuhan, terkait dengan kasus tersebut posisi tidur yang baik adalah semi fowler atau fowler untuk menjaga ekspasi paru adekuat.
  - Observasi pola napas pasien adalah tindakan untuk memastikan kondisi polah napas dalam kondisi normal atau tidak sehingga tidak berdampak langsung terhadap perbaikan kondisi pasien sesuai dengan kasus tersebut.
  - Mengubungi dokter juga merupakan suatu tindakan kolaboratif untuk memberikan yang terbaik terkait kasus yang dihadapinya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali prinsip pemberian oksigen pada pasien dengan kondisi sesak dan kegawatan oksigen.

Referensi: Sabiston, D. C. (n.d.). Buku Ajar Bedah. Egc. <https://books.google.co.id/books?id=qgdPlhd-Ic0C>  
 International, N. (2014). Nursing Diagnoses 2012-14: Definitions and Classification. Wiley. <https://books.google.co.id/books?id=Opwyc-OpWhIC>  
 Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., Geissler-Murr, A., & Murr, A. C. (2006). Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span. F.A. Davis Company. <https://books.google.co.id/books?id=Gx-CQgAACAAJ>  
 Organization, W. H. (2016). Oxygen Therapy for Children. World Health Organization. <https://books.google.co.id/books?id=Ng1aswEACAAJ>  
 Novozhilov, A. (2007). Living Without Asthma. Lulu.com. [https://books.google.co.id/books?id=ev-4\\_HH4Q2YC](https://books.google.co.id/books?id=ev-4_HH4Q2YC)

### **31.E. Identifikasi Kebutuhan Irigasi Kolostomi.**

Kanker colon, Stoma, Prosedur Irigasi.

- Pilihan A, prosedur tindakan belum menjawab dari kebutuhan klien.
- Pada pilihan B, perawat belum memilih tindakan yang akan dilakukan.

- C. Pada pilihan C, pasien sedang terpasang stoma dan saat ini kontong stoma tidak ada ditemukan datanya terisi penuh atau ada keluarnya kotoran dari stoma.
- D. Pada pilihan D, dikasus tidak menyampaikan data adanya kantong stoma penuh, keinginan untuk mengganti stoma.
- E. Pilihan E, upaya langkah awal yang dilakukan perawat untuk mengetahui bagaimana BAB selama kolostomi digunakan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP Irigasi pada klien yang terpasang stoma.

Referensi: Perry, A.G & Potter, P. A (2014). Nursing Skills & Procedure (8thed).St Louis: Mosby Elsevier

### **32.A. Periksa Bising Usus.**

Stroke, keterbatasan penuh, kesulitan BAB.

- A. Pada pilihan A, perawat perlu melakukan tindakan ini untuk mendapatkan indikator data sistem pencernaan yang baik.
- B. Pada pilihan B, klien tidak megalami penurunan kesadaran.
- C. Pada pilihan C, saat ini klien mengalami kelemahan di bagian menelan ditandai dengan dibantunya pasien dengan terpasang NGT.
- D. Pilihan D, tidak perlu dilakukan karena klien tidak memiliki kelainan dibagian abdomen, klien juga sudah melakukan BAB 2 hari yang lalu.
- E. Pilihan E, pada kasus sudah disampaikan tingkat ketergantungan pasien penuh.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian fisik pada kasus stroke khususnya pengkajian abdomen.

Referensi: Ignatavicius, D & Workman. (2016). Medical Surgical Nursing; Critical Thinking for Collaborative Care. 8th edition. Philadelphia: W.B. Sounders Company.

### **33.A. Adanya Iritasi.**

Kanker colon, Stoma, Pengkajian.

- A. Pilihan A, data menjelaskan bahwa adanya kelainan diarea stoma.
- B. Pilihan B, stoma sudah menjulur keluar dengan warna kemerahan.

- C. Pada pilihan C, jenis luka yang tidak ditemukan pada stoma.
- D. Pada pilihan D, feses pasien masih ada keluar artinya stenosis tidak terjadi.
- E. Pada pilihan E, dikasus warna kulit masih kemerahan yang menandai belum adanya nekrosis.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian khususnya pada stoma pasien.

Referensi: LeMone, P. & Burke, K. (2016). Medical Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care. 8th edition. USA: Pearson prentice hall.

#### **34.D. Latihan Batuk Efektif.**

Rencana intervensi keperawatan, edukasi.

- A. Pilihan a, dapat digunakan untuk mengatur pola napas klien.
- B. Pilihan b, dapat dilakukan untuk mengurangi sesak klien.
- C. Pada pilihan c, dapat digunakan untuk merilekskan pernapasan klien.
- D. Pada pilihan d, dapat digunakan untuk mengeluarkan secret di jalan napas.
- E. Pada pilihan e, untuk mengurangi keluhan nyeri.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian pada kasus, setelah data didapat maka diharapkan mahasiswa mampu memilih topik edukasi yang tepat.

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

#### **35.A. Tranfusi darah.**

Hemoglobin, pendarahan.

- A. Pada pilihan A, kolaborasi transfusi darah untuk mengatasi masalah HB rendah, temuan darah di urin.
- B. Pada pilihan B, tidak dianjurkan karena ada temuan abnormal di urin klien.
- C. Pada pilihan C, dapat dilakukan untuk mengurangi keluhan klien.
- D. Pilihan D, dapat meningkat BAK klien.
- E. Pilihan E, dapat dilakukan untuk keluhan nyeri.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali implementasi yang tepat pada kasus klien dengan temuan abnormal pada pemeriksaan penunjang.

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

### 36.D. Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9%.

Prosedur perawatan luka setelah pengkajian dan pembuangan jaringan nekrotik maka perawatan harus mengganti kemali sarung tangan dengan cuci tangan dahulu baru pembersihan luka dengan cairan desinfeksi.

- A. Mengeringkan luka tidak tepat karena luka harus dibersihkan terlebih dahulu.
  - B. Membuang jaringan nekrotik tidak tepat karena setelah pengkajian luka langsung dilakukan pembuangan jaringan nekrotik.
  - C. Melepaskan plester dan balutan perlakan tidak tepat karena pada kasus perawat telah melakukan pengkajian luka berari sudah dilakukan sebelumnya.
  - D. Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9% tepat karena cairan bersifat fisiologis sesuai kebutuhan *viskositas* tubuh dan garam (NaCl 0,9%) mampu menghambat *proliverasi* kuman.
- A. Mengoleskan obat topikal sesuai instruksi dokter tidak tepat karena setelah tindakan pengeringan luka.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang standar operasional perawatan luka.

Referensi: Perry AG & Potter PA. (2015). Mosby's Pocket Guide to Nursing Skills. 8th Edition. United States, Missouri: Mosby Elsevier

### 37.D. Asidosis respiratorik terkompensasi sebagian.

pH  $\leq$  7,40 asidosis;  $>$  7,40 alkalosis (normal 7,35 – 7,45).

PaCO<sub>2</sub> (respiratorik)  $\leq$  40 alkalosis;  $>$  7,40 asidosis (normal 35 – 45mmHg).

HCO<sub>3</sub> (metabolik)  $\leq$  24 asidosis;  $>$  24 alkalosis (22 – 26mEq/L).

- A. Asidosis metabolik terkompensasi penuh jika pH  $\leq$  7,40 – 7,45.  
Asidosis dan HCO<sub>3</sub> (metabolik)  $>$  24 alkalosis (jika pH normal).
- B. Alkalosis metabolik terkompensasi penuh jika pH  $>$  7,40 – 7,45.  
Alkalosis dan HCO<sub>3</sub> (metabolik)  $>$  24 alkalosis (jika pH normal).
- C. Alkalosis metabolik terkompensasi sebagian jika pH  $>$  7,40 alkalosis.  
HCO<sub>3</sub> (metabolik)  $>$  24 alkalosis (jika pH, PaCO<sub>2</sub>, dan HCO<sub>3</sub> Abnormal).
- D. Asidosis respiratorik terkompensasi sebagian tepat karena pH 7,32.  
Berarti  $\leq$  7,40 asidosis dan PaCO<sub>2</sub> (respiratorik) 50mmHg berarti  $>$

- 7,40 asidosis (semua pH, PaCO<sub>2</sub>, dan HCO<sub>3</sub> abnormal).
- E. Alkalosis respiratorik terkompensasi sebagian jika pH > 7,40 alkalosis dan PaCO<sub>2</sub> 7,40 (respiratorik) ≤ 40 alkalosis (jika pH, PaCO<sub>2</sub>, dan HCO<sub>3</sub> abnormal).

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang nilai normal pH, pCO<sub>2</sub>, dan HCO<sub>3</sub> pada darah arteri.

Referensi: Zuriati, Surya, M., & Ananda, Y. (2017). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan pada Sistem Respirasi Aplikasi NANDA NIC & NOC. Padang: Sinar Ultima Indah.

### **38.D. Gangguan pertukaran gas.**

Hasil pemeriksaan AGD yang abnormal menunjukkan adanya gangguan pertukaran atau terganggunya keseimbangan asam basa dan jika pada kasus ditemukan AGD abnormal maka yang utama adalah masalah keperawatan gangguan pertukaran gas.

- A. Keletihan, tidak tepat masalah utama karena pada kasus data mayor untuk keletihan tidak paparkan seperti: mengeluh lelah, kurang tenaga, tampak lesu, dan tidak mampu beraktivitas .
- B. Hipertermi, tidak tepat masalah utama karena hanya data suhu 37,90c tanpa data lain yang mendukung.
- C. Pola napas tidak efektif, tidak tepat karena pada kasus data mayor hanya sesak napas berarti kurang dari 80% data.
- D. Gangguan pertukaran gas, tepat karena nilai agd abnormal merupakan data mayor untuk diangkatnya masalah gangguan pertukaran gas.
- E. Bersihan jalan napas tidak efektif, kurang tepat untuk masalah utama karena sudah ada data AGD abnormal.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang nilai normal pH, PCO<sub>2</sub>, dan HCO<sub>3</sub> pada darah arteri dan setiap kasus dengan adanya data AGD yang abnormal maka masalah nya adalah gangguan pertukaran gas.

Referensi: Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan Indikator Diagnosis. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Indonesai PPNI.

Zuriati, Suriya, M., & Ananda, Y. (2017). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan pada Sistem Respirasi Aplikasi NANDA NIC & NOC. Padang: Sinar Ultima Indah.

### **39.E. Memberikan bantuan terapi oksigen.**

Saat pengkajian ditemukan  $\text{SaO}_2$  menurun maka tindakan utama adalah pemberian terapi oksigen untuk membantu meningkatkan kadar oksigen di darah dan jaringan.

- A. Memonitor pola napas tidak tepat yang utama pada kasus karena tidak bisa meningkatkan oksigen dalam darah tapi harus selalu *di-follow up*.
- B. Menghubungi dokter jaga tidak tepat yang utama tapi harus dilakukan.
- C. Mengatur posisi semifowler tidak tepat utama karena tidak secepatnya membantu menaikkan kadar oksigen dalam darah, tapi sembari dilakukan.
- D. Melakukan pemeriksaan agd tidak yang utama mengatasi masalah keperawatan tapi harus dilakukan.
- E. Memberikan bantuan terapi oksigen tepat karena dapat membantu dengan cepat untuk memenuhi oksigen dalam darah.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi utama saat masalah keperawatan pada pola napas tidak efektif. Dimana data fokus masalah adalah pasien mengeluh sesak napas dengan frekuensi 30 x/menit dan penggunaan otot bantu napas serta  $\text{SaO}_2$  85%. Masalah keperawatan yang tepat pada kasus adalah pola napas tidak efektif yang didukung dengan data sesak napas, penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal (takipnea).

Referensi: Black, JM. & Hawks, J. (2014). Keperawatan medikal bedah (8th ed., Vol. edisi 1). singapore: Elsevier.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Indonesia PPNI.

### **40.A. Hentikan transfusi.**

Reaksi yang timbul selama atau setelah transfuse darah merupakan reaksi transfusi, jika dibiarkan risiko terjadi syok anafilaktik.

- A. Hentikan transfusi PRC tepat karena reaksi yang timbul selama atau setelah transfuse darah merupakan reaksi transfusi.

- B. Periksa tanda-tanda vital merupakan tindakan lanjutan setelah menghentikan transfusi PRC.
- C. Beri O<sub>2</sub> nasal kanul bukan yang utama karena sesak dikarenakan reaksi alergi dari transfusi PRC.
- D. Ganti PRC dengan NaCl 0,9% merupakan lanjutan setelah menghentikan transfusi.
- A. Beritahu dokter penanggung jawab tidak tepat untuk tindakan utama terhadap reaksi alergi transfusi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang efeksamping dari transfusi darah.

Referensi: Black, JM. & Hawks, J. (2014). Keperawatan medikal bedah (8th ed., Vol. edisi 1). singapore: Elsevier.

#### **41.E. Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif.**

Frekuensi 27x/menit, Batuk, ronki +/+, sputum berlebih.

Fokus pada pertanyaan!

- A. Hipertermia.

Hanya ada 1 data yang mendukung (S 37,8°C), kurang tepat bila dijadikan prioritas pertama.

- B. Gangguan pola tidur.

Data kurang mendukung prioritas, gangguan pola tidur identik dengan perubahan pola baik darisegi kualitas maupun kuantitas tidur, pada kasus tidak menjelaskan tentang masalah pola tidur.

- C. Pola napas tidak efektif.

Masalah keperawatan ini identik dengan sesak napas disertai penggunaan otot bantu napas, kurang sesuai dengan masalah kasus.

- D. Gangguan pertukaran gas.

Data terkait masalah ini kurang mendukung, Gangguan Pertukaran Gas identik dengan pH darah yang abnormal, pada kasus tidak ada hasil AGD, sehingga kurang sesuai.

- E. Bersihkan jalan napas tidak efektif.

Data mendukung untuk masalah prioritas, bersihkan jalan napas tidak efektif identik dengan adanya suara tambahan akibat adanya akumulasi sputum yang mengakibatkan jalan napas terganggu.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang ISPA.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indikator Diagnostik (SDKI). Jakarta: Dewan Pengurus PPNI

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

Kimberly A. J. Bilotta (2011).Kapita Selecta Penyakit dengan Implikasi keperawatan (Nurse's Quick Check: Diseases). Edisi 2.Jakarta:ECG

#### **42.D. Gangguan Pertukaran Gas.**

Frekuensi napas 30x/menit, dispnea, pH 7,8 , pCO<sub>2</sub> 45mmHg, pO<sub>2</sub> 68mmHg, Saturasi O<sub>2</sub> 90%.

Fokus ke pertanyaan!

A. Hipertemia.

Hanya ada 1 data yang mendukung (S 37,8°C), kurang tepat bila dijadikan prioritas pertama.

B. Gangguan pola tidur.

Tidak ada data yang mendukung. Gangguan pola tidur identik dengan perubahan pola baik darisegi kualitas maupun kuantitas tidur, pada kasus tidak menjelaskan tentang tersebut.

C. Pola napas tidak efektif.

Masalah Keperawatan ini memiliki ciri khusus adannya data terkait dengan sesak napas disertai penggunaan otot bantu napas, kurang sesuai dengan masalah kasus tersebut.

D. Gangguan pertukaran gas.

Data terkait masalah mendukung dijadikan prioritas, gangguan pertukaran gas identik dengan pH darah yang abnormal, pCO<sub>2</sub> menurun, pO<sub>2</sub> menurun, takikardia, sesuai dengan kasus tersebut.

E. Bersihan jalan napas tidak efektif.

Masalah Keperawatan ini memiliki ciri khusus adannya data terkait adanya suara tambahan akibat adanya akumulasi sputum yang mengakibatkan jalan napas terganggu.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang PPOK.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indikator Diagnostik (SDKI). Jakarta: Dewan Pengurus PPNI

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

Kimberly A. J. Bilotta (2011).Kapita Selecta Penyakit dengan Implikasi keperawatan (Nurse's Quick Check: Diseases).Edisi 2.Jakarta:ECG

### 43.A. Hipertermia.

Frekuensi nadi 110x/menit, Frekuensi napas 26x/menit, S 39,8°C, kulit hangat, bibir kering.

Fokus ke pertanyaan!

A. Hipertermia

Data mendukung untuk dijadikan prioritas yaitu frekuensi nadi 110x/menit, frekuensi napas 26x/menit, S 39,8°C, kulit hangat, bibir kering. Hipertermia identik dengan adanya suhu tubuh meningkat diatas rentang normal, takikardi, takipnea, kulit hangat, hal ini terjadi akibat proses infeksi.

B. Gangguan Pola Tidur.

Tidak data yang mendukung mmerujuk pada kasus tersebut.

C. Pola napas tidak efektif.

Masalah keperawatan ini mempunyai ciri khusus yakni adanya sesak napas, penggunaan otot bantu napas, pola napas abnormal. Pada kasus tersebut hanya ada data frekuensi napas yang abnormal sehingga belum bisa dijadikan prioritas masalah.

D. Gangguan pertukaran gas.

Masalah keperawatan ini bisa diambil bila terdapat data terkait pH darah yang abnormal, pada kasus tidak ada hasil AGD, sehingga kurang sesuai.

E. Bersihan jalan napas tidak efektif.

Masalah keperawatan ini bisa diambil bila terdapat data terkait adanya suara tambahan akibat adanya akumulasi sputum yang mengakibatkan jalan napas terganggu, pada kasus tersebut hanya menjelaskan terkait batuk berdarah tanpa ada keterangan yang lebih spesifik, sehingga kurang sesuai bila dijadikan masalah prioritas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang proses infeksi.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2022. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indikator Diagnostik (SDKI). Jakarta: Dewan Pengurus PPNI

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

Kimberly A. J. Bilotta (2011).Kapita Selecta Penyakit dengan Implikasi keperawatan (Nurse's Quick Check: Diseases).Edisi 2.Jakarta:ECG

#### **44.C. Berikan kompres pada lipatan tubuh.**

Frekuensi nadi 110x/menit, frekuensi napas 26x/menit, S 39,8°C, kulit hangat, bibir kering.

Fokus pada pertanyaan!

- A. Posisikan setengah duduk.

Kurang sesuai dengan kasus tersebut dimana hasil dari posisi setengah duduk adalah posisi yang nyaman.

- B. Anjurkan minum yang cukup.

Pemberian minum yang cukup sebagai upaya mencegah dehidrasi namun tidak efektif menurunkan suhu tubuh, kurang tepat dengan kondisi tersebut.

- C. Berikan kompres pada lipatan tubuh.

Pemberian kompres pada lipatan tubuh efektif dalam menurunkan suhu tubuh karena pada area tersebut merupakan area yang terdapat pembuluh darah besar, sehingga ketika pembuluh darah melebar, selanjutnya suhu tubuh pun menjadi cepat turun dengan cara pengeluaran keringat yang lebih cepat.

- D. Ajarkan klien teknik batuk yang efektif.

Kurang sesuai dengan kasus tersebut, data terkait batuk tidak mendetail sehingga belum bisa dijadikan acuan untuk pemberian tindakan yang tepat.

- E. Observasi kekuatan dan keefektifan batuk.

Kurang sesuai dengan kasus tersebut, data terkait batuk tidak mendetail sehingga belum bisa dijadikan acuan untuk pemberian tindakan yang tepat.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang proses infeksi.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2022. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik (SDKI). Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2022. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi Dan Tindakan Keperawatan (SIKI). Jakarta: PPNI.

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

Kimberly A. J. Bilotta (2011).*Kapita Selecta Penyakit dengan Implikasi keperawatan (Nurse's Quick Check: Diseases)*.Edisi 2.Jakarta: ECG.

#### **45.B. Lakukan perawatan luka.**

Luka tertutup kasa terdapat pus, hasil laboratorium Hb 9g/dL, GDS 280mg/dl, leukosit 12.000/ml,

Fokus pada pertanyaan!

- A. Ajarkan teknik relaksasi.

Data mendukung namun dari aspek prioritas belum. Nyeri akan ikut tertangani bila dilakukan perawatan luka.

- B. Lakukan perawatan luka.

Terdapat data yang mendukung untuk segera dilakukan prosedur tersebut yaitu Nyeri, luka terdapat pus, hasil laboratorium Hb 9g/dL, GDS 280mg/dl

- C. Berikan posisi semifowler.

Kurang tepat, posisi semifowler lebih sesuai bila untuk kasus yang memerlukan adanya ekspansi dada yang maksimal sehingga jalan napas lancar.

- D. Anjurkan makan diet TKTP.

Tidak ada data terkait nutrisi dan permasalahannya.

- E. Berikan dukungan mental pada Klien.

Kasus tersebut tidak menjelaskan terkait permasalahan dari aspek mental.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang proses infeksi.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2022. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indikator Diagnostik (SDKI). Jakarta: Dewan Pengurus PPNI

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2022. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi Dan Tindakan Keperawatan (SIKI). Jakarta: PPNI

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

Kimberly A. J. Bilotta (2011).*Kapita Selecta Penyakit dengan Implikasi keperawatan (Nurse's Quick Check: Diseases)*.Edisi 2.Jakarta:ECG

#### **46.B. Nyeri akut.**

Klien tampak meringis, skala nyeri 7.

- A. Hipertermia data mayor peningkatan suhu tubuh belum ada.

- B. Nyeri akut data mayor minor ditemukan skala nyeri 7 yang merupakan nyeri berat, frekuensi nadi 110kali/menit, frekuensi napas 22kali/menit.
- C. nyeri kronis pengalaman sensorik berlangsung lebih dari 3 bulan.
- D. Gangguan rasa nyaman adlah perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial. Data tidak mendukung masalah keperawatan ini.
- E. Gangguan integritas kulit, data mayor minor kurang mendukung.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kriteria mayor minor dalam SDKI.

Referensi: PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI

#### **47.E. Gunakan teknik aseptic selama merawat luka.**

Tindakan keperawatan terapeutik.

- A. Pemberian antibiotic.
- B. Monitor ukuran luka, tindakan observasi.
- C. Tidakan prosedur debridemen, tindakan kolaborasi.
- D. Jelaskan tanda dan gejala infeksi, tindakan edukasi.
- E. Gunakan teknik aseptic selama merawat luka: tindakan terapeutik.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang jenis tindakan keperawatan OTEK.

Referensi: PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI

#### **48.D. Gangguan integritas kulit.**

Masalah keperawatan prioritas.

- A. Hipertermia: data mayor minor tidak mendukung.
- B. Risiko infeksi ketidak sesuaian data.
- C. Risiko hipertermia ketidak sesuaian data.
- D. Gangguan integritas kulit: kerusakan kulit dermis dan/atau epidermis, gejala dan tanda mayor kerusakan lapisan kulit, kemerahan. Hipertermia indikasi dari mulai terjadi infeksi dari kondisi luka yang belum di lakukan perawatan.

- E. Risiko gangguan integritas kulit.sudah terjadi kerusakan kulit dermis dan/atau epidermis.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah keperawatan pada SDKI.

Referensi: PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.

#### **49.B. Pola napas tidak efektif.**

Masalah keperawatan.

- A. Risiko infeksi data tidak mendukung.
- B. Pola napas tidak efektif: Gejala mayor dan minor pada pola napas tidak efektif, dyspnea, penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal.
- C. Gangguan pertukaran gas data mayor minor tidak mendukung.
- D. Gangguan integritas jaringan data mayor minor tidak mendukung.
- E. Bersihan jalan napas tidak efektif: data mayor minor tidak mendukung.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah keperawatan pada SDKI.

Referensi: PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.

#### **50.D. E1 V2M2.**

Tingkat kesadaran.

- A. E2 V4 M3: E2 respon terhadap nyeri , V4: bingung, M3: fleksi abnormal.
- B. E2 V2 M2: E2 respon terhadap nyeri , V2: mengerang, M2: ekstensi abnormal.
- C. E1 V3 M2: E1: tidak berespon, V3: kata-kata tidak dimengerti, M2: ekstensi abnormal.
- D. E1 V2M2: E1: tidak berespon, V2: suara tidak jelas, M2: ekstensi abnormal.
- E. E1V2 M1: tidak berespon, V2: suara tidak jelas, M1: tidak berespon.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tingkat kesadaran.

Referensi: Tarwoto. (2013). Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: Sagung Seto.

**51.A. Nyeri akut.**

- Activity daily Living, intesitas Nyeri, Frekuensi Napas,frekuensi Nadi.
- A. Nyeri akut, skala nyeri 7 dapat ditangani segera karena mempengaruhi Activity daily Living, nyeri dapat menimbulkan stres/ kegelisahan sehingga dapat memacu kerja jantung sehingga frekuensi nadi dan napas meningkat.
  - B. Intoleransi aktivitas, fraktur, intesitas nyeri, stress sehingga menimbulkan kelelahan sehingga tidak cukupnya energi dalam melakukan aktivitas.
  - C. Gangguan rasa nyaman: gangguan kurang nyaman ini dapat disebabkan perasaan kurang menyenangkan dalam keadaan yang seharusnya, berupa fisik, kegelisaan, spiritual, social dan lingkungan.
  - D. Hambatan mobilitas fisik: nyeri, terpasang bidai dapat menyebabkan ketidakberdayaan dalam melakukan aktivitas.
  - E. Risiko intoleransi aktivitas : rentan dalam memenuhi kecukupan energi secara fisiologi ataupun psikologi dalam menjalankan aktivitas.

Mahasiswa diharapkan dapat menganalisis pathway fraktur, gejala nyeri, skala nyeri, ADL, frekuensi nadi, dan napas.

Referensi: PPNI, D. S. T. P. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan.

**52.C. Status hemodinamik.**

CHF, nilai saturasi oksigen, napas.

- A. Turgor kulit membaik, dilakukan pada pasien dengan gangguan *hipovolemia/ hipervolemia*.
- B. *Pitting edema* normal, dilakukan pemeriksaan jika terdapat pembekakan pada extermitas bawah, peningkatan cairan.
- C. Status hemodinamik, pemantauan tekanan darah dilakukan terdapat gangguan hemodinamik seperti tekanan darah, saturasi oksigen, pernapasan, dan nadi.
- D. Capillary refill time < 2 detik: dilakukan jika ada tanda-tanda dehidrasi.
- E. Peningkatan saturasi oksigen: pada kasus diatas saturasi oksigen dalam Batasan normal yaitu SpO<sub>2</sub> 96 %.

Mahasiswa mampu mengenal CHF, tanda dan gejala gangguan sistem peredaran darah/sirkulasi, penatalaksanaan CHF,dan penilaian evaluasi keberhasilan Tindakan.

Referensi: PPNI, D. S. T. P. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan.

### 53.C. Pemberian terapi intravena.

Nilai GDS, tanda-tanda dehidrasi.

- A. Kateterisasi, tindakan pemasangan kateter dilakukan pada pasien yang mengalami intoleransi dan pascapembedahan ataupun indikasi lain yang berhubungan dengan genetalia.
- B. Terapi distraksi, dapat dilakukan dalam memperbaiki kualitas dan kuantitas tidur pasien.
- C. Pemberian terapi intravena, terapi intravena dilakukan pada pasien yang mengalami dehidrasi yang ditandai dengan mukosa bibir, kulit kering, intake dan output yang tidak sesuai.
- D. Diet nutrisi pada diabetes melitus, diet dilakukan dalam menstabilkan gangguan gula darah pada pasien.
- E. Sediakan lingkungan yang nyaman: pemberian lingkungan yang nyaman dalam memfasilitasi gangguan tidur dan nyeri.

Mahasiswa mengenal penyakit DM, tanda dan gejala penyakit DM, hasil Laboratorium, bentuk intervensi pada gangguan DM.

Referensi: PPNI, D. S. T. P. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan.

### 54.C. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal.

Dispepsi, intesitas nyeri nyeri, ketidaknyamanan, tanda-tanda vital.

- A. Berikan posisi nyaman pasien, memposisikan posisi yang nyaman pada pasien dyspepsia dapat membantu pengurangan rasa nyeri.
- B. Tinggikan bagian tubuh yang sakit, meninggikan bagian tubuh yang sakit pada pasien dyspepsia bukan solusi yang tepat dalam pengurangan ketidaknyamanan pasien.
- C. Identifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi respon non verbal dalam mengkaji nyeri dapat dilakukan guna memantau tingkat keberhasilan yang sudah dilakukan seperti tingkat nyeri, ansietas, dan tanda-tanda vital.
- D. Letakan bantal yang tepat pada leher, melekan bantal pada leher dilakukan pada pasien jika terjadi gangguan servikal yang mengakibatkan gangguan jalur napas pasien.

- E. Tempatkan tempat tidur terapeutik yang tepat, memberikan tempat tidur yang tepat belum dapat membantu secara signifikan dalam membantu ketidaknyamanan pada pasien.

Mahasiswa mengenal penyakit Dispepsi, tanda dan gejala penyakit Dispepsi, kaji ketidaknyamanan pada abdomen,kaji adanya peningkatan tingkat stress dan tanda-tanda vital.

Referensi: PPNI, D. S. T. P. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan.

#### **55.E. Bersihan jalan napas tidak efektif.**

Asma bronchial, berdahak, tanda-tanda asma bronchial.

- A. Ansietas, ansietas pada pasien asma biasanya terjadi karena kondisi fisiologi seperti sesak, batuk yang terus menerus, dan susah tidur.
- B. Gangguan pertukaran gas, gangguan pertukaran gas dapat ditegakan jika dalam kasus terdapat nilai labolatorium AGD.
- C. Pola napas tidak efektif, pada penegakan diagnose pola napas dapat dilakukan jika pada kasus tidak terdapat *secret* ataupun dahak.
- D. Gangguan ventilasi spontan, pada penentuan diagnose gangguan ventilasi spontan dapat dilakukan jika pasien di lakukan pemasangan ventilator mekanik dan biasanya dilakukan di ruang ICU.
- E. Bersihan jalan napas tidak efektif, pada penentuan diagnose bersihan jalan napas tidak efektif dapat dilakukan jika pada kasus terdapat *secret*, batuk, ataupun dilakukan *suction*.

Mahasiswa mengenal penyakit asma bronchial, tanda dan gejala asma bronchial, kaji ketidaknyamanan, kaji adanya peningkatan tingkat stress dan tanda-tanda vital, Spo2, adanya sekret dan dahak.

Referensi: PPNI, D. S. T. P. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan.

#### **56.C. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan akumulasi secret.**

Bersihan Jalan napas tidak efektif pada pasien dengan PPOK.

- A. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilas, jawaban ini belum tepat meskipun parenkim paru mengalami kerusakan oleh gangguan oksidasi oksigen dan adanya kerusakan dinding alveolus dan menimbulkan

modifikasi fungsi anti elastase pada saluran napas yang menghambat fungsi oksidasi terganggu.

- B. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan infeksi bronchial mengakibatkan produk mukus yang berlebihan menimbulkan infeksi serta menghambat proses oksidasi di saluran napas dan akan terjadi erosi epitel serta pembentukan jaringan parut selain itu terjadi pula metaplasia skuamosa dan penebalan lapisan skuamosa. Hal ini menimbulkan stenosis dan obstruksi saluran napas yang bersifat irreversible, masalah ini dapat timbul akibat dampak dari kondisi yang tidak tertangani.
- C. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan akumulasi secret, ini menjadi masalah utama pada pasien pada PPOK karena kurangnya elastic recoil paru akibat adanya infamasi, fibrosis, metaplasia, sel goblet dan hipertropi otot polos sehingga jadi penyebab utama obstruksi jalan napas selain produk mukus yang berlebihan akibat infeksi paru.
- D. Resiko gangguan pemenuhan oksigen berhubungan dengan hiperventilasi tidak tepat. Pasien dengan infeksi paru gangguan pemenuhan oksigen sudah actual karena obstruksi saluran napas bersifat irreversibel dan terjadi perubahan struktural pada saluran napas kecil akibat infamasi, fibrosis, metaplasia, sel goblet dan hipertropi otot polos penyebab utama obstruksi jalan napas sehingga kebutuhan oksigen kurang.
- E. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelelahan dan kekurangan oksigen, kondisi ini terjadi merupakan dampak pemenuhan oksigen tidak optimal dan PPOK dapat terjadi hipoksemia yang progresif dan berkepanjangan yang menyebabkan kerusakan jaringan, menimbulkan kerusakan sel baik di otot maupun organ-organ lainnya sehingga menimbulkan kelelahan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang aspek penyakit PPOK.

Referensi: Brunner, & Suddarth. (2013). Keperawatan Medikal Bedah (12th ed.). Jakarta: EGC.

Danusantoso, H. (2013). Buku Saku Ilmu Penyakit Paru (2nd ed.). Jakarta: EGC.

Darmanto, D. (2014). Respirologi Respiratory Medicine (2nd ed.; S. Joko & M. Eva, Eds.). Jakarta: EGC.

Gilkes, A., Hull, S., Durbaba, S., Scho, P., Ashworth, M., Mathur, R., & White, P. (2017). Ethnic differences in smoking intensity and COPD risk : an observational study in primary care. (August), 1–6. <https://doi.org/10.1038/s41533-017-0052-8>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Retrieved from <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide.pdf>

### 57.B. Ajarkan batuk efektif.

- Pasien batuk berdahak dan sulit dikeluarkan dahaknya pada asma bronchiale.
- A. Memberikan oksigenasi merupakan tindakan kolaboratif keperawatan, pemberian oksigen kurang tepat pada awal kejadian sesak napas karena terjadi penyempitan jalan napas meskipun pasien menunjukkan sesak napas, maka tindakan awal adalah membebaskan jalan napas terlebih dahulu supaya jalan napas paten/ efektif.
  - B. Tindakan nebulizer juga merupakan tindakan kolaboratif keperawatan yang bertujuan melebarkan jalan napas, lakukan keperawatan mandiri keperawatan dengan cara batuk efektif terlebih dahulu.
  - C. Serang pada Asma akut pada klasifikasi sedang menimbulkan gejala sesak napas, mengi dan batuk berdahak. Untuk mempertahankan jalan napas efektif /paten dan bunyi napas bersih dapat dilakukan perilaku membersihkan jalan napas dengan cara batuk efektif untuk mengeluarkan sputum.
  - D. Segera Lakukan postural drainage, Jika batuk pasien tidak produktif setelah 5 hingga 10 menit pada satu posisi, lanjutkan ke posisi berikutnya, dan tidak dilakukan segera pada Kondisi akut yang belum diobati seperti edema paru berat, Gagal jantung kongestif, Efusi pleura, Emboli paru, Pneumotoraks dimana postural drainase dilakukan bersamaan dengan perkusi atau disebut clapping, yaitu menepuk punggung pasien dengan tangan ditangkupkan untuk mengeluarkan lendir dari paru-paru. Teknik postural drainase ini bersama dengan vibrasi, pernapasan dalam, dan batuk efektif, disebut sebagai fisioterapi dada atau terapi pembersihan jalan napas dan biasanya melelahkan pasien.
  - E. Hidrasi dapat membantu menurunkan kekentalan secret, penggunaan cairan hangat dapat juga menurunkan spasme bronkus .

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pasien dengan Asma Bronchiale.

Referensi: Aulia. (2017). Asma Bronkial (FAQ). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <http://p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/subdit-penyakit-parukronik-dan-gangguan-imunologi/asma-bronkial-faq>

- Boulet, L. P., Reddel, H. K., Bateman, E., Pedersen, S., Mark FitzGerald, J., & O'Byrne, P. M. (2019). The Global Initiative for Asthma (GINA): 25 Years Later. European Respiratory Journal, 54(2), 9. <https://doi.org/10.1183/13993003.00598-2019>
- Brunner, & Suddarth. (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2. Jakarta : EGC.
- Fadillah Putranti, D. (2021). Asuhan Keperawatan pada Pasien Asma Bronkial dengan Masalah Keperawatan Pola Napas Tidak Efektif di Kelurahan Wirogunan Kota Pasuruan. Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

### **58.B. Dahaknya dapat dikeluarkan oleh pasien**

Kriteria evaluasi utama yang menunjukkan bahwa pasien berhasil atas tindakan mengeluarkan sputum.

- A. Tidak terdengar suara napas tambahan. Pada PPOK biasanya ada ronchi/weeching. Hal ini merupakan dampak adanya penyempitan pasa saluran pernapasan ditandai adanya gejala batuk, sesak napas, mengi / wheezing. Wheezing atau mengi merupakan salah satu ciri khas dari gejala asma.
- B. Dahaknya dapat dikeluarkan oleh pasien, hal ini dengan latihan Batuk efektif merupakan suatu upaya untuk dapat mengeluarkan dahak dan menjaga paru tetap bersih disamping dengan pemberian nebulizer dan postural drainase. Dampak dari pengeluaran dahak yang tidak lancar adalah pasien mengalami kesulitan bernapas dan gangguan pertukaran gas yang mengakibatkan timbulnya sianosis, kelelahan, serta merasa lemah yang pada akhirnya akan mengalami obstruksi jalan napas.
- C. Kebutuhan oksigen terpenuhi ditandai sesak napas hilang. Hal ini tidak dapat digunakan sebagai indikator keberhasilan tindakan karena pada kasus pasien PPOK dapat terpenuhi kebutuhan oksigen harus dilakukan pemberian terapi oksigen.
- D. Menjelaskan cara bagaimana teknik tindakan dengan benar, hal ini kurang tepat karena dimana tindakan menjelaskan kembali tentang teknik tindakan keperawatan yang diajarkan kurang efisien dan selain kemungkinan kemampuan fisik pasien yang tidak mendukung untuk menjelaskan.
- E. Mendemonstrasikan kembali tindakan yang diajarkan dengan benar, hal ini menunjukkan bahwa pasien memahami hal yang diajarkan tentang cara peningkatan kebersihan jalan napas sehingga dapat mencegah terjadinya obstruksi jalan napas yang dapat menyebabkan hipoksemia dan sesak napas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang askep penyakit PPOK.

Referensi: Brunner, & Suddarth. (2013). Keperawatan Medikal Bedah (12th ed.). Jakarta: EGC.

Danusantoso, H. (2013). Buku Saku Ilmu Penyakit Paru (2nd ed.). Jakarta: EGC.

Darmanto, D. (2014). Respirologi Respiratory Medicine (2nd ed.; S. Joko & M. Eva, Eds.). Jakarta: EGC.

Gilkes, A., Hull, S., Durbaba, S., Scho, P., Ashworth, M., Mathur, R., & White, P. (2017). Ethnic differences in smoking intensity and COPD risk : an observational study in primary care. (August), 1–6. <https://doi.org/10.1038/s41533-017-0052-8>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Retrieved from <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide.pdf>

#### **59.D. Memberikan oksigen 2-5 menit pada pasien.**

Sesaat hal yang harus dilakukan sebelum melakukan suction.

- A. Mengatur posisi pasien, hal ini untuk memudahkan melakukan tindakan suction, akan tetapi biasanya posisi pasien yang mengalami gangguan pernapasan sudah pada posisi semi fowler, sehingga tidak perlu lagi mengatur posisi pasien.
- B. Mendengarkan suara napas, · guna mengklarifikasi kondisi pasien, maka sebelum melakukan tindakan perawat harus melakukan pengkajian ulang sebagai urutan/tahap awal dan bukan sesaat sebelum suction.
- C. Melepaskan canule slang ETT , Hal ini tidak tepat karena saat melakukan suction pada pasien terpasang ETT maka canule ETT tidak dilepaskan
- D. Memberikan oksigen 2-5 menit pada pasien, hal ini merupakan prosedur yang tepat sebelum melakukan suction, dengan terlebih dahulu memberikan oksigen pada pasien.
- E. Menghidupkan mesin dan cek tekanan botol penampung, tindakan ini dilakukan sebelum memasukkan canule suction ke mulut atau lubang hidung pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur Suction pada pasien yang terpasang ETT.

Referensi: ([https://rudhieantomedrizal.blogspot.co.id/?2014/09/pengaturan-posisipasien\\_98.html?m=1](https://rudhieantomedrizal.blogspot.co.id/?2014/09/pengaturan-posisipasien_98.html?m=1), diakses 08 Oktober 2017, 17.00).

Ely, Achmad dkk. 2011. Penuntun Praktikum Keterampilan Kritis II untuk Mahasiswa D-3 Keperawatan. Maluku : Salemba Medika

### 60.E. Resiko kekurangan cairan.

Masalah utama pasien dengan Keluhan lemas dan sering haus pada pasien kasus *diabetes insipidus*.

- A. Resiko infeksi. Resiko infeksi dipercaya disebabkan oleh insufisiensi vaskular yang membatasi respons inflamasi, ketidak normalan neurologis yang membatasi kesadaran akan trauma dan predisposisi terhadap infeksi bakteri dan jamur, luka kaki yang sulit sembuh merupakan komplikasi kronis yang bisa muncul bila kadar gula darah tidak terkontrol dengan baik. Keadaan hiperglikemia yang terus menerus akan mempunyai dampak pada kemampuan pembuluh darah tidak berkontraksi dan reaksi berkang.
- B. Kekurangan elektrolit. Pada pasien diabetes insipidus, terjadi ketidakseimbangan elektrolit, kekurangan air disertai perubahan osmolalitas pada serum dan urine. Pembentukan urine meningkat dan kadar natrium serum meningkat sehingga terjadi ketidakseimbangan elektrolit, kekurangan air disertai oleh perubahan osmolalitas pada serum dan urin.
- C. Kelebihan volume cairan. Kondisi tersebut justru kebalikan pada Penderita Diabetes Insipidus yang mengalami ekskresi sejumlah urine dengan berat jenis urine rendah. Natrium dan osmolalitas serum meningkat akibat hilangnya air bebas dalam jumlah yang besar melalui ginjal, maka pasien merasa haus dan mengalami polidipsi sebagai pengompensasi pengeluaran urine, apabila ada keterbatasan kemampuan memperoleh air maka pasien dapat mengalami dehidrasi.
- D. Perubahan pola eliminasi. Gejala pada penderita Diabetes Insipidus ditandai frekuensi berkemih yang sering diakibatkan oleh kegagalan sekresi ADH (anti diuretic hormone) sehingga struktur tubulus distal tidak permabel terhadap air, saat urine hipotonis melewati tubulus distal maka ion natrium lebih banyak dikeluarkan yang berakibat terjadi penurunan osmolaritas/kekentalan urine yang kemudian memasuki duktus pengumpul (*collecting duct*) yang juga tidak permabel (ADH yang rendah) sehingga ekskresi urine meningkat.
- E. Resiko kekurangan cairan. Pasien dengan kasus Diabetes insipidus dimana tubuh tidak mampu mengontrol cairan dalam darah dan urine, akibat dari tidak ada stimulus yang dapat mempertahankan cairan dalam tubuh

sehingga terjadi pengeluaran urine dalam jumlah yang berlebihan. Penderita *Diabetes Insipidus* dapat mengalami dehidrasi akibat pengeluaran urine yang berlebihan dan rasa haus yang luar biasa.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang askep pasien dengan *Diabetes Insipidus*.

Referensi: Baradero, Mary, Mary, dan Yakobus Siswadi. 2005. Klien Gangguan Endokrin : Seri Asuhan Keperawatan. Jakarta. EGC.

Baughman. C. Diane & Joann . C. Hackley. 2000. Keperawatan medikal bedah. buku saku dari Brunner & suddart . Jakarta. AGC.

Corwin, Elisabeth . J. 2003 . Buku Saku Patofisiologi. Jakarta. EGC

Nettina M. Sandra. 2001. Pedoman Praktek Keperawatan. Jakarta. EGC.

### **61.C. Melaporkan tanda-tanda infeksi kepada dokter.**

Apendektomi, postoperatif, tanda-tanda infeksi, antibiotik.

- A. Pemberian cairan intravena dapat diperlukan untuk mengatasi dehidrasi atau menjaga status hidrasi pasien, tetapi ini tidak langsung berkaitan dengan tanda-tanda infeksi. Pilihan ini mungkin dibutuhkan dalam konteks perawatan pasien secara keseluruhan, tetapi tidak merupakan respons langsung terhadap tanda-tanda infeksi pada luka operasi.
- B. Pemberian obat pereda nyeri mungkin diperlukan, tetapi tindakan ini hanya meredakan gejala (nyeri) dan tidak menangani penyebabnya. Melaporkan tanda-tanda infeksi kepada dokter akan membantu menentukan apakah nyeri tersebut disebabkan oleh infeksi atau faktor lain.
- C. Tindakan segera melaporkan tanda-tanda infeksi kepada dokter adalah penting untuk penanganan lebih lanjut. Pemberian antibiotik dan perubahan dressing dapat diperlukan, tetapi melaporkan kepada dokter adalah langkah pertama yang paling penting.
- D. Memberikan antibiotik memang merupakan tindakan yang diperlukan dalam pengobatan infeksi, tetapi sebagai perawat, langkah pertama adalah memberikan informasi tentang tanda-tanda infeksi kepada dokter sehingga dapat diberikan penanganan yang tepat.
- E. Meskipun mengganti dressing luka penting, tindakan ini lebih bersifat pencegahan dan perawatan. Namun, langkah pertama yang perlu diambil adalah melaporkan tanda-tanda infeksi kepada dokter untuk mendapatkan penilaian lebih lanjut.

Pahami!

1. Fokus pada tanda-tanda infeksi setelah apendektomi.
2. Kenali langkah-langkah prioritas dalam penanganan infeksi pascaoperatif.
3. Pahami bahwa melaporkan kepada dokter adalah tindakan pertama yang perlu dilakukan untuk intervensi lebih lanjut.

Referensi: Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing (12th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

## 62.E. Memberikan pendidikan tentang perawatan kaki.

Diabetes melitus tipe 2, amputasi kaki kanan, komplikasi vaskular, fase pemulihan pascaamputasi.

- A. Meskipun aktivitas fisik penting untuk kesehatan secara umum, pada kasus pasien yang baru menjalani amputasi pada kaki, meningkatkan aktivitas fisik mungkin tidak relevan sebagai tindakan preventif terhadap luka amputasi.
- B. Pemberian analgesik secara teratur dapat membantu mengontrol nyeri, tetapi itu lebih bersifat pengelolaan gejala daripada tindakan preventif terhadap masalah kesehatan tertentu.
- C. Meskipun memantau kadar gula darah penting untuk pengelolaan diabetes melitus tipe 2, ini lebih bersifat pengelolaan penyakit daripada tindakan preventif terhadap luka amputasi yang sudah ada.
- D. Meskipun memantau tanda-tanda infeksi penting, dalam kasus ini, disebutkan bahwa luka post-amputasi sudah membaik dan tidak terdapat tanda infeksi. Oleh karena itu, memantau tanda-tanda infeksi mungkin bukan fokus utama pada tahap ini.
- E. Memberikan pendidikan pada pasien tentang perawatan kaki sangat penting untuk mencegah komplikasi pada kaki yang tersisa dan mendukung pemulihan pascaamputasi.

Perhatian!

1. Pahami bahwa pasien dengan diabetes melitus tipe 2 berisiko tinggi terhadap komplikasi perawatan pascaamputasi.
2. Pertimbangkan bahwa fase pemulihan memerlukan pendekatan holistik yang melibatkan aspek fisik dan edukasi.
3. Identifikasi tindakan yang paling sesuai untuk mendukung pemulihan dan mencegah komplikasi di masa depan.

Referensi: Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

### 63.C. Memeriksa dan mencatat suhu tubuh setiap 4 jam.

- Peningkatan suhu, operasi, obat antipiretik, memeriksa suhu.
- A. Menutup pasien dengan selimut hangat mungkin tidak sesuai karena kenaikan suhu tubuh pasien setelah operasi bisa menjadi tanda infeksi atau masalah lain yang memerlukan penanganan khusus. Mencatat suhu dan mencari penyebabnya lebih baik sebelum memberikan penanganan lebih lanjut.
  - B. Mengompres dahi dengan kompres dingin mungkin tidak relevan karena ini adalah tindakan yang umumnya digunakan untuk menurunkan suhu tubuh pada pasien demam, bukan setelah operasi.
  - C. Peningkatan suhu setelah operasi dapat menjadi tanda infeksi. Memeriksa dan mencatat suhu setiap 4 jam adalah tindakan yang penting untuk memantau perubahan suhu dan melaporkan kepada dokter jika diperlukan.
  - D. Kenaikan suhu tubuh pada pasien setelah operasi biasanya tidak memerlukan penyesuaian suhu ruangan. Lebih baik untuk mengidentifikasi penyebab kenaikan suhu dan melakukan intervensi yang sesuai.
  - E. Sebelum memberikan obat antipiretik, penting untuk memahami penyebab kenaikan suhu tubuh. Melakukan pemeriksaan lebih lanjut dan mencatat suhu setiap 4 jam dapat membantu menentukan penyebab kenaikan suhu dan apakah obat antipiretik diperlukan.

Perhatian!

- 1. Pahami bahwa peningkatan suhu pascaoperasi memerlukan evaluasi lebih lanjut.
- 2. Pilih tindakan yang sesuai dengan pemantauan suhu secara teratur untuk mendeteksi perubahan.
- 3. Pertimbangkan kemungkinan infeksi dan langkah-langkah pencegahan yang diperlukan.

Referensi: Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., Rebar, C. R., & Heimgartner, N. M. (2018). Medical-Surgical Nursing: Concepts for Interprofessional Collaborative Care (9th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

**64.D. Kolaborasi pemberian oksigen sesuai dengan kebutuhan.**

Operasi ortopedi, kesulitan bernapas, oksigen, cemas.

- A. Meskipun teknik pernapasan dalam bisa membantu mengelola kecemasan, pada kasus ini, pasien mengeluh kesulitan bernapas dan saturasi oksigen rendah. Oleh karena itu, pemberian oksigen mungkin lebih mendesak.
- B. Pemberian obat anti-ansietas mungkin diperlukan dalam beberapa kasus, tetapi pada situasi ini, kesulitan bernapas dan saturasi oksigen rendah lebih mengindikasikan perlunya peningkatan pasokan oksigen.
- C. Kesulitan bernapas dan saturasi oksigen rendah tidak boleh dianggap sebagai gejala yang normal setelah operasi ortopedi. Hal ini memerlukan evaluasi lebih lanjut dan tindakan yang sesuai.
- D. Pemberian oksigen akan membantu meningkatkan kadar oksigen dalam darah dan dapat meredakan kesulitan bernapas. Ini adalah tindakan mendesak yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kesejahteraan pasien.
- E. Kesulitan bernapas dan kecemasan setelah operasi ortopedi dapat menunjukkan masalah pernapasan. Memberikan oksigen sesuai dengan kebutuhan adalah tindakan pertama yang harus dilakukan.

Pahami!

- 1. Kesulitan bernapas setelah operasi ortopedi dapat mengindikasikan masalah pernapasan.
- 2. Pilih jawaban yang menekankan pada memberikan oksigen sesuai dengan kebutuhan sebagai tindakan pertama.
- 3. Ketahui bahwa pendekatan holistik seperti pengajaran teknik napas dalam juga bisa relevan.

Referensi: Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

**65.A. Memeriksa posisi dan patensi NGT secara teratur.**

Operasi gastrointestinal, Nasogastric Tube (NGT), perawatan NGT, memeriksa posisi dan patensi NGT.

- A. Perawat harus secara teratur memeriksa posisi dan patensi NGT untuk memastikan bahwa alat tersebut berfungsi dengan baik dan menghindari komplikasi seperti penyumbatan atau dislokasi NGT.
- B. Memasukkan cairan irigasi melalui NGT setiap beberapa jam bukanlah praktik standar perawatan NGT. Pada umumnya, tindakan ini dapat meningkatkan risiko komplikasi, seperti dislokasi atau penyumbatan NGT.

- C. Pemberian makanan cair melalui NGT sesuai dengan rencana yang ditetapkan oleh tim medis, bukan dilakukan setiap 6 jam tanpa mempertimbangkan kebutuhan klinis pasien.
- D. Menarik NGT keluar tidak dianjurkan tanpa indikasi yang jelas karena dapat menyebabkan masalah seperti iritasi dan dislokasi NGT. Posisi NGT seharusnya tetap sesuai dengan rekomendasi medis.
- E. Terhubungnya NGT dengan pompa infus kontinu tidak relevan dalam konteks perawatan NGT. Perlu memastikan bahwa NGT terpasang dengan benar dan tidak ada tanda-tanda hambatan atau penyumbatan.

Pahami!

- 1. Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perawatan NGT post operasi
- 2. Pilih tindakan yang berfokus pada perawatan dan pemantauan NGT, seperti memeriksa posisi dan patensi secara teratur.
- 3. Hindari pilihan jawaban yang dapat meningkatkan risiko komplikasi seperti penyumbatan atau dislokasi NGT.

Referensi: Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2017). Fundamentals of Nursing (9th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aljehani, Y., AlReshaid, F., Al-Abduljabbar, A., AlHarmi, R. A. R., Alkhaldi, N., Almusailhi, B & Elbawab, H. (2023). Thoracic Surgeons' Perspective on the Management of Primary Spontaneous Pneumothorax. *Thoracic Research and Practice*, 24(2), 96.
- Anderson, E., & Hender, E. P. (2023). Penerapan Terapi Oksigen Pada Tingkat Kesadaran Pasien Di Ruang Gawat Darurat. *Klabat Journal of Nursing*, 5(2), 72-77.
- Andreas, C., Kago, D. A., Moyo, G. K., & Obadeyi, B. (2019). Relevance and Applicability of the Apgar Score in Current Clinical Practice. *EC Paediatrics*, 8(11), 01–07. <https://www.researchgate.net/publication/343167712>
- Bobak LM & Jensen MD [ 1993 ] Maternity & Ginekologic Care, the Nurse and the Family 5 th ed St. Luis : CV Mosby Company.
- Diklat yayasan ambulans gawat darurat 118.Basic Trauma Life Support and Basic Cardiac Life Support. Edisi lima. Jakarta : Yayasan ambulans gawat darurat 118; 2012.
- Eamer, G., Povolo, C. A., Petropoulos, J. A., Ohinmaa, A., & Vanhouwelingen, L. (2023). Observation, aspiration, or tube-thoracostomy for primary spontaneous pneumothorax: A systematic review, meta-analysis and cost-utility analysis. *Chest*.
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2017). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (10th ed) St. Louis: Elsevier. Hurlock, E.(1989).Perkembangan Anak Jilid 2. Jakarta: Erlangga
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G, & Panjaitan, R. U. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Kedokteran.
- Keliat, B.A dan Pasaribu. 2016. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Singapura. Elsevier.
- Kusyati.E, Mustaida, Wahyuningsih.R.D,Yunani, Syaifudin.A., Fauziyah.N., Hartana.A.,(2020). Ketrampilan & Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar. Edisi III. Jakarta . Penerbit Buku kedokteran EGC
- Lubis dkk. 2022. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. K-Media. Yogyakarta
- Makassau, dkk (2022). Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana. Yogyakarta : CV. Rizmedia Pustaka Indonesia

- Nani Poniati, N. (2023). Asuhan Keperawatan pada Pasien Cedera Kepala Ringan (CKR): Nyeri Akut dengan Intervensi Guide Imagery Relaxation (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- Ngastiyah, 2012, Perawatan Anak Sakit. Edisi 2, EGC, Jakarta
- Nursalam, dkk. (2023). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta : Salemba Medika
- Nusdin. (2020). Keperawatan Gawat Darurat. Surabaya : CV. Jakad Media Publishing.
- PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1 Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- PPNI. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Praptiani, W. (2016). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Kardiovaskuler Aplikasi NIC & NOC. Jakarta : EGC
- Prawirohardjo, Sarwono.2010, Ilmu Kebidanan. Jakarta
- Purwanto. (2010). Asuhan Keperawatan Kardiovaskuler. Jakarta : Salemba Medika
- Ramli, R., Ismansyah, I., & Andrianur, F. (2023). Pengaruh Teknik Clapping Dan Relaksasi Napas Dalam Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Ppok Di IGD RSUD Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Tanjung Selor. *Aspiration of Health Journal*, 1(2), 212-220.
- Reeder, Martin, Koniak, Griffin. 2015. Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi, dan Keluarga (Volume 1) (Edisi 18). Jakarta : EGC
- Ricci, S.S., & Kyle, T. (2009). Maternity and Pediatric Nursing. China: Lippincott Williams & Walkins.
- Rusmini, H. (2023). Kajian Pustaka: Gejala Sisa Pada Pasien Tuberkulosis Yang Telah Menyelesaikan Obat Anti Tuberkulosis. *Jurnal Medika Malahayati*, 7(2), 693-700.
- Satriani, S., Amir, H., Nur wahidah, N., Rochfika, R., Sudarman, S., & Duhaling, M. (2023). Manajemen Relaksasi Napas Dalam untuk Mengurangi Sesak Napas pada Pasien Congestive Heart Failure: Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 13(4), 1371-1376.
- Setyaningrum, R. A., & Silvitasari, I. (2023). Penerapan Intervensi Pernapasan Purse Lips Breathing Dan Posisi Semi Fowler Terhadap Peningkatan Saturasi

Oksigen Pasien Tb Paru Di RSUD Wonogiri. Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia, 2(8), 444-454.

Siregar, P. A., Farashati, J. I., Syafira, A. C., & Febrina, D. (2023). Konsep Epidemiologi Terjadinya Penyakit Tuberkulosis. Zahra: Journal Of Health And Medical Research, 3(3), 462-470.

Stuart, G. W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (9th ed.). Mosby

Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. Jakarta Selatan,: DPP PPNI

Tim Pokja PPNI. (2018). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim POKJA SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Dewan Pengurus Pusat PPNI Tahun 2016

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2022). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2022). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 3. Jakarta : Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2022). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 3. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Wong D.L.(2009). Buku ajar keperawatan pediatrik. Edisi 6.VOLUME 1. Jakarta: EGC

Wong, D.L et al (2009) Wong's Essentials of Pediatric Wong, 6th Ed, St.Louis: Mosby, Inc.

Yuliastuti., Nining. (2018). Keperawatan Anak (cetakan 1). Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.

## SINOPSIS

Buku "Kumpulan Soal Uji Kompetensi dengan Pembahasan - Ners" adalah panduan mahasiswa Program Studi Profesi Ners untuk mempersiapkan diri dalam menghadapi ujian kompetensi. Mahasiswa Profesi Ners membutuhkan pemahaman yang mendalam serta keterampilan yang teruji dalam berbagai aspek keperawatan, dan buku ini dirancang untuk membantu mereka memperdalam pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan.

Dalam buku ini, pembaca akan menemukan berbagai jenis soal Uji Kompetensi yang disertai dengan pembahasan yang komprehensif. Setiap soal tidak hanya memberikan jawaban yang tepat, tetapi juga dilengkapi dengan pembahasan. Melalui latihan soal yang disajikan, pembaca dapat mengidentifikasi area-area yang perlu diperbaiki, memperdalam pemahaman mereka tentang materi-materi yang diujikan, dan meningkatkan kemampuan mereka dalam menganalisis serta memecahkan masalah-masalah yang kompleks dalam praktik keperawatan.

Buku ini menjadi sumber belajar untuk menguji dan mengasah pengetahuan serta keterampilan sebelum menghadapi ujian kompetensi. Dengan latihan yang terstruktur dan pembahasan yang mendalam, pembaca diharapkan dapat meningkatkan persiapan mereka secara efektif dan meraih kesuksesan dalam menghadapi Uji Kompetensi.



Buku "Kumpulan Soal Uji Kompetensi dengan Pembahasan - Ners" adalah panduan mahasiswa Program Studi Profesi Ners untuk mempersiapkan diri dalam menghadapi ujian kompetensi. Mahasiswa Profesi Ners membutuhkan pemahaman yang mendalam serta keterampilan yang teruji dalam berbagai aspek keperawatan, dan buku ini dirancang untuk membantu mereka memperdalam pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan.

Dalam buku ini, pembaca akan menemukan berbagai jenis soal Uji Kompetensi yang disertai dengan pembahasan yang komprehensif. Setiap soal tidak hanya memberikan jawaban yang tepat, tetapi juga dilengkapi dengan pembahasan. Melalui latihan soal yang disajikan, pembaca dapat mengidentifikasi area-area yang perlu diperbaiki, memperdalam pemahaman mereka tentang materi-materi yang diujikan, dan meningkatkan kemampuan mereka dalam menganalisis serta memecahkan masalah-masalah yang kompleks dalam praktik keperawatan.

Buku ini menjadi sumber belajar untuk menguji dan mengasah pengetahuan serta keterampilan sebelum menghadapi ujian kompetensi. Dengan latihan yang terstruktur dan pembahasan yang mendalam, pembaca diharapkan dapat meningkatkan persiapan mereka secara efektif dan meraih kesuksesan dalam menghadapi Uji Kompetensi.

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 978-623-8549-18-4



9 786238 549184