



PEDOMAN

PERSIAPAN UJI KOMPETENSI NASIONAL

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN



**PEDOMAN
PERSIAPAN UJI KOMPETENSI NASIONAL
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**



**PANITIA NASIONAL UJI KOMPETENSI MAHASISWA
PENDIDIKAN KEPERAWATAN DAN PENDIDIKAN KEBIDANAN
DIREKTORAT JENDERAL PEMBELAJARAN DAN KEMAHASISWAAN
KEMENTRIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI**

2018

TIM PENYUSUN :

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1. ALI HAMZAH, SKp. MNS | POLTEKKES KEMENKES BANDUNG |
| 2. DINARTI, SKp. MAP | POLTEKKES KEMENKES JAKAKTA I |
| 3. YETI RESNAYATI, SKp. MKes | POLTEKKES KEMENKES JAKARTA III |
| 4. SARI MULYATI, SKp. M.Kes | AKPER PEMDA SERANG |
| 5. YUNI ASTUTI, SKp. M.Kes | AKPER SUMBER WARAS JAKARTA |
| 6. RITANTI, SKp. M.Kep., Sp.Kep.Kom. | AKPER PELNI JAKARTA |
| 7. Ns. SUARSE DEWI, M.Kep, Sp.Kep.MB | AKPER FATMAWATI JAKARTA |
| 8. Ns. LILY HERLINA, SKp. M.Kep., Sp.Kep.Kom | PRODI D. III KEPERAWATAN UMJ |
| 9. Ns. LELA LARASATI, M.Kep., Sp.Kep.Mat | AKPER RSPAD GATOT SOEBROTO |

KONTRIBUTOR:

IMAM SUBIYANTO, SKP, NS, M.Kep., Sp, KMB
PRAMITA IRIANA, SKp, M.Biomed.
RIDWAN SETIAWAN SKp. M. Kes.
NIENIEK RITIANINGSIH M. Kep. Sp. KMB

EDITOR:

ALI HAMZAH, SKp. MNS
MASFURI, SKp, MN

KATA PENGANTAR

Tenaga kesehatan adalah salah satu faktor terpenting dalam mendukung fungsi sistem pelayanan kesehatan. Dibutuhkan tenaga kesehatan yang kompeten dan berdedikasi dalam jumlah dan sebaran yang baik untuk dapat menjalankan peran dan fungsinya secara optimal. Peningkatan kualitas pendidikan tenaga kesehatan adalah salah satu langkah strategis untuk meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan berkualitas dan memiliki kompetensi yang relevan untuk menjalankan sistem pelayanan kesehatan. Salah satu upaya untuk mendorong percepatan peningkatan dan pemerataan kualitas pendidikan tenaga kesehatan adalah dengan meningkatkan kendali mutu lulusan pendidikan. Uji kompetensi nasional adalah salah satu cara efektif untuk meningkatkan proses pendidikan dan menajamkan pencapaian relevansi kompetensi sesuai dengan standar kompetensi yang diperlukan masyarakat.

Uji Kompetensi adalah proses pengukuran pengetahuan, keterampilan, dan perilaku peserta didik pada perguruan tinggi yang menyelenggarakan pendidikan tinggi bidang Kesehatan. ^[L]_[SEP] Uji Kompetensi Nasional diselenggarakan oleh Perguruan Tinggi bekerja sama dengan Organisasi Profesi. Penyelenggaraan dilaksanakan oleh Panitia Penyelenggara yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi. Ujian ini ditujukan untuk mencapai standar kompetensi lulusan yang memenuhi standar kompetensi kerja. ^[L]_[SEP] Selain hal tersebut, Uji Kompetensi Nasional dapat dijadikan sebagai bagian dari penjaminan mutu pendidikan.

Berdasarkan pada UU Nomor 12 Tahun 2012 pasal 44 telah dijelaskan tentang kewenangan pemberian sertifikat kompetensi, namun belum dijelaskan mekanisme proses sertifikasinya. Secara khusus telah terbit UU No 36 tahun 2014 tentang tenaga Kesehatan dan UU No. 38 tahun 2014 tentang Keperawatan, secara lebih tegas mengamanatkan adanya uji kompetensi secara nasional. Sesuai dengan pasal 21 ayat (7) UU No. 36 tahun 2014 atau pasal 16 ayat (7) UU No. 38 tahun 2014, tata cara pelaksanaan Uji Kompetensi diatur dengan Peraturan Menteri, dalam hal ini adalah Kementerian ^[L]_[SEP] Ristek dan DIkti.

Untuk memperjelas pelaksanaan Uji Kompetensi Nasional bagi para calon peserta, maka perlu disusun buku ini. Diharapkan buku ini dapat dijadikan acuan bagi persiapan calon peserta memahami proses pendaftaran, persiapan menghadapi soal ujian, dan cara mengerjakan soalnya dengan lebih baik.

DAFTAR ISI

	Halaman
<u>Halaman Judul</u>	i
<u>Tim Penyusun</u>	ii
<u>Kata Pengantar</u>	iii
<u>Daftar Isi</u>	iv
 BAB I : <u>Pendaftaran Uji Kompetensi</u>	 5
BAB II : <u>Cara Mengerjakan Soal Ujian Kompetensi</u>	6
BAB III : <u>Kisi-kisi (Blueprint) Soal Ujian Kompetensi</u>	8
BAB IV : <u>Lingkup dan Isi Materi</u>	10
A. <u>Lingkup dan Isi Materi Keperawatan medikal bedah (KMB)</u>	10
B. <u>Lingkup dan Isi Materi Keperawatan Maternitas</u>	14
C. <u>Lingkup dan Isi Materi Keperawatan Anak</u>	15
D. <u>Lingkup dan Isi Materi Keperawatan Jiwa</u>	17
E. <u>Lingkup dan Isi Materi Keperawatan Manajemen Keperawatan</u>	19
F. <u>Lingkup dan Isi Materi Keperawatan Gawat Darurat (KGD)</u>	20
G. <u>Lingkup dan Isi Materi Keperawatan Keluarga</u>	22
H. <u>Lingkup dan Isi Materi Keperawatan Gerontik</u>	24
I. <u>Lingkup dan Isi Materi Keperawatan Komunitas</u>	26
 BAB V : <u>Latihan Soal Ujian Kompetensi Nasional D. III Keperawatan</u>	 29
BAB VI : <u>Kunci Jawaban, Pembahasan, dan Rujukan Latihan Soal Ujian Kompetensi</u> <u>Nasional D. III Keperawatan</u>	 61

BAB I

PENDAFTARAN UJI KOMPETENSI

Calon peserta didaftarkan secara kolektif oleh program studi calon peserta. Mekanisme pemberitahuan dari program studi kepada para calon peserta (lulusan) bermacam-macam tergantung pengelola program studi. Informasi mengenai persyaratan, waktu dan biaya pendaftaran dapat didapat di laman www.ukperawat.ristekdikti.go.id. Seluruh persyaratan peserta harus dipenuhi, jika ada salah satu dari persyaratan tersebut tidak dipenuhi, proses pendaftaran tidak dapat dilakukan.

Berikut ini adalah ketentuan pendaftaran peserta uji kompetensi nasional secara daring (*online*):

1. Peserta Uji Kompetensi:

- a. Mahasiswa yang telah menyelesaikan program pendidikan dari institusi pendidikan yang memiliki izin operasional program studi dari Dirjen Dikti yang masih berlaku. Yang dimaksud dengan menyelesaikan program pendidikan ialah sudah menyelesaikan seluruh proses pembelajaran baik di kelas, laboratorium dan klinik-komunitas namun belum menerima ijazah saat didaftarkan. Tanda bukti yang diperlukan adalah surat keterangan yudisium bagi yang belum wisuda atau Ijazah bagi yang telah di wisuda.
- b. Mahasiswa program DIII Kebidanan, DIII Keperawatan dan Profesi Ners yang lulus sejak 1 Agustus 2013, sudah memiliki ijazah namun belum lulus uji kompetensi (*retaker*).

2. Jumlah SKS yang telah diselesaikan untuk Program Diploma III Keperawatan program regular 6 semester atau telah menempuh minimal 110 SKS dengan kurikulum tahun 2006 atau 108 SKS dengan kurikulum 2014. Untuk program khusus telah menempuh 4 semester atau minimal 96 SKS.
3. Jumlah SKS yang telah diselesaikan untuk Program Diploma III Kebidanan program regular 6 semester atau telah menempuh minimal 110 SKS dengan kurikulum 2002 atau 96-110 SKS dengan kurikulum 2011. Untuk program khusus telah me-

nempuh 4 semester atau minimal 80 SKS.

4. Jumlah SKS yang telah diselesaikan untuk Program Profesi Ners adalah 2 semester atau minimal 25 SKS dengan kurikulum 2008 atau minimal 36 SKS dengan kurikulum KBK 2010. Syarat ini ditambahkan dengan sudah lulus sarjana keperawatan (S.Kep) yang dibuktikan dengan IPK sarjananya (S.Kep).
5. Mahasiswa harus terdaftar di Pangkalan Data Perguruan Tinggi atau PDDikti (<https://forlap.ristekdikti.go.id>).
6. Mahasiswa dari program studi atau institusi yang sedang dalam proses pembinaan oleh Kemristekdikti, tidak diperkenankan mengikuti Uji Kompetensi Nasional. Status boleh tidaknya mahasiswa tersebut diberitahukan kepada Panitia oleh Ko-pertis bagi PTS dan oleh Direktorat Penjaminan Mutu bagi PTN.

BAB II

CARA MENGERJAKAN SOAL UJI KOMPETENSI

Dalam menghadapi ujian, peserta harus tetap tenang, fokus dan percaya diri. Awali dengan do'a sebelum mengerjakan soal. Jangan berpikir apa yang tidak bisa, tapi pikirkan bahwa: Saya bisa. Berikut ini adalah beberapa cara praktis atau tips mengerjakan soal uji kompetensi nasional.

1. Prioritaskan jawab soal yang mudah, jangan terpaku pada soal yang sulit. Namun pada akhir waktu ujian, pastikan semua soal dijawab dengan menggunakan logika umum. Kunci Jawaban benar nilai positive 1 dan tidak ada nilai negative (pengurangan) untuk Kunci Jawaban yang salah, maka isi semua Kunci Jawaban soal.
2. Baca dengan cepat setiap kata. Kecepatan membaca ideal untuk ujian nasional adalah 300 kata per menit. Lebih cepat lebih baik. Baca setiap kata dan buatlah analisa dan keputusan hanya berdasarkan data dan pertanyaan yang tertulis saja.
3. Waktu rata-rata yang digunakan untuk menjawab soal adalah 60 detik. Perhatikan waktu yang tersisa untuk memilih soal yang bisa dikerjakan dengan baik. Secara umum 60 detik dinggap waktu yang cukup untuk mengerjakan satu soal. Jangan tergesa-gesa, fokus pada soal.
4. Pahami struktur soal. Struktur soal terdiri atas: vignette atau kasus dilanjutkan dengan pertanyaan dan diakhiri dengan 5 pilihan Kunci Jawaban (a, b, c, d, e). Dalam soal uji kompetensi nasional, hanya disediakan hanya 1 PILIHAN Kunci Jawaban benar. Berbeda dengan soal pada umumnya, dalam pilihan Kunci Jawaban TIDAK ADA semua Kunci Jawaban benar atau bukan salah satu Kunci Jawaban diatas.
5. Perhatikan *vignette* yang biasanya berisi kasus klinis. Perhatikan 3 hal penting: keluhan utama yang ditampilkan, data klinis yang disajikan dan tempat pelayanan yang terjadi dalam vignette tersebut. Kemampuan menghubungkan 3 hal penting tersebut dapat membantu mengarahkan untuk mengeliminasi Kunci Jawaban yang salah dan mencari pilihan Kunci Jawaban yang paling tepat.
6. Yang perlu diingat, semua pilihan tidak ada yang salah. Yang ada hanya rentang dari kurang tepat hingga sangat tepat, atau rentang baik dan sangat baik. Pengecoh dibuat berdasarkan kenyataan lapangan. Ketepatan pilihan Kunci Jawaban sangat dipengaruhi oleh pemahaman teori dan kata kunci.
7. Perhatikan kata-kata kunci dalam pertanyaan, seperti diagnosa prioritas atau prioritas diagnosa, prioritas tindakan, tindakan terpenting atau tindakan prioritas. Bentuk lain bisa berupa kata-kata seperti tindakan pertama, tindakan awal, tindakan segera, segera, awalnya, pertama, atau prioritas. Kata-kata kunci ini adalah modal untuk fokus memilih Kunci Jawaban yang semua tampak benar.
8. Bacalah setiap pilihan Kunci Jawaban yang tersedia sebelum menjawab. Eliminasi atau abaikan pilihan Kunci Jawaban yang salah atau tidak mungkin. Fokuskan logika pada Kunci Jawaban yang mungkin berdasarkan pada kata penting dalam vignette dan kata kunci pertanyaan. Bila tidak yakin, baca ulang pertanyaan sebelum memutuskan pilihan.
9. Dasar pilihan Kunci Jawaban disesuaikan dengan keadaan atau setting kasus dalam vignette.
 - a. Prinsip umum adalah sesuai dengan teori keperawatan (bio-psiko-sosial-spiritual) dari klien yang digambarkan dalam vignette. Prinsip ini bergantung juga pada banyak hal, misalnya setting pelayanan.
 - b. Bila *setting* atau lokasi kejadian kasus berupa kegawatdaruratan, maka cara umum memilih prioritas berdasarkan masalah ABC (airway, breathing, circulation). Perkecualian pendekatan ABC untuk algoritma Bantuan Hidup Dasar yang CAB, berdasarkan katagori triase yang berlaku (merah, kuning, atau hijau) atau masalah etik keperawatan.

- c. Bila kejadian kasus dalam vignet di ruang rawat atau non gawat darurat, hirarki kebutuhan Maslow (fisiologis, rasa aman, kasih sayang hingga aktualisasi diri) dapat dijadikan acuan memilih Kunci Jawaban yang benar. Dalam memilih kebutuhan fisiologis (berlaku juga dalam setting gawat darurat) juga terdapat prioritas yang harus ditetapkan.
- 1) Prioritas utama atau terpenting. Misalnya adalah diagnosa, maka pilihlah yang paling penting, paling mengancam kehidupan. Intervensi juga merupakan yang paling penting, berdampak besar dan atau bisa mencegah masalah lain muncul.
 - 2) Prioritas waktu. Misalnya adalah tindakan, maka pilihlah sesuai dengan kata kunci yang terdapat dalam pertanyaan. Jika ditanyakan prioritas pertama, maka carilah Kunci Jawaban yang menunjukkan bahwa tindakan tersebut harus dilakukan pertama kali sebelum tindakan lain, bahkan yang tindakan terpenting lain memerlukan tindakan tersebut dilakukan terlebih dahulu. Namun jika pertanyaan berfokus pada tindakan utama, maka pilihlah hal terpenting yang harus dilakukan sesuai kebutuhan kasus dalam vignet.
- d. Kasus komunitas, manajemen, etik dan hukum atau pengembangan profesionalisme tidak dapat menggunakan pendekatan kasus klinis gawat darurat dan ruang rawat. Pendekatan logika umum dapat digunakan jika logika secara teoritis tidak dikuasai.
10. Selanjutnya, diperlukan pengetahuan kisi kisi atau proporsi soal di bab III dan lingkup dan materi sub bidang keilmuan di bab IV. Bacalah materi hingga selesai dari topik, sub topik dan elemen hingga mengerti dan benar-benar paham.
- Bacalah Rujukan yang dimiliki untuk memahami topik atau sumber rujukan lain seperti yang terdapat dalam buku ini.
11. Pada setiap sub bidang ilmu, contohnya keperawatan gawat darurat terdapat contoh soal. Kerjakanlah soal tersebut dengan tips nomor 2-9 diatas tanpa melihat pembahasan soal dan kunci Kunci Jawaban.
 12. Pahami pembahasan. Jika belum mengerti, baca kembali Rujukan yang disarankan. Jika Rujukan sudah memahami namun Kunci Jawaban belum sesuai dengan kunci, baca kembali tips no 3-9 diatas.

BAB III
KISI-KISI (BLUEPRINT)
SOAL UJI KOMPETENSI NASIONAL

Kisi kisi soal atau *Blueprint* adalah kerangka dasar yang merupakan pedoman yang digunakan untuk merancang pengembangan soal uji kompetensi nasional. Soal ujian dibuat sesuai *blueprint* agar dapat menjamin asuhan keperawatan yang diberikan aman dan efektif serta menggambarkan karakter utamaperawat (DIII atau Ners) sesuai dengan standar kompetensi kerja yang diharapkan. Kurikulum pendidikan biasanya mengacu standar kompetensi kerja untuk lulusan dalam proses pendidikannya. *Blueprint* terdiri dari 7 (tujuh) tinjauan penilaian yaitu area kompetensi; domain kompetensi; bidang keilmuan; proses keperawatan; upaya kesehatan; kebutuhan dasar manusia dan sistem tubuh (tabel *blueprint* lengkap terlampir). Ketujuh tinjauan menjadi acuan dalam meramu dan membuat kasus atau vignette soal aplikatif sesuai dengan situasi praktik atau kasus klien dan pertanyaan serta pilihan Kunci Jawabanya. Pada buku ini akan dijelaskan hal umum yang perlu diketahui sebagai bahan acuan belajar calon peserta uji kompetensi nasional.

Diagram 1. Proporsi Jumlah Soal Tinjauan I (Kerangka Kompetensi)

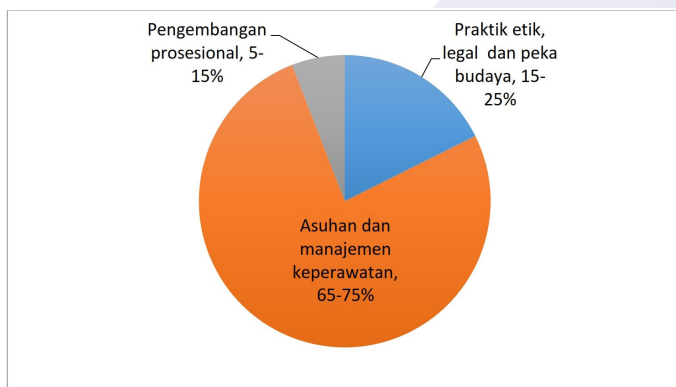


Diagram diatas menjelaskan bahwa proporsi terbesar soal adalah asuhan dan manajemen asuhan keperawatan. Pada pendidikan DIII lebih fokus pada asuhan keperawatan.

Tabel 1. Proporsi Distribusi Soal Berdasarkan Sub Bidang Keilmuan

No	Keilmuan	Persentase
1	Keperawatan Medikal Bedah	25-37%
2	Keperawatan Maternitas	8-14%

3	Keperawatan Anak	8-14%
4	Keperawatan Jiwa	8-14%
5	Keperawatan Keluarga	8-14%
6	Keperawatan Gerontik	3-9%
7	Manajemen Keperawatan	3-9%
8	Keperawatan Gawat Darurat	3-9%
9	Keperawatan Komunitas	3-9%

Tabel 1 diatas menjelaskan tentang proporsi soal dari sub bidang keilmuan keperawatan. Dalam tabel diatas tidak disebutkan sub keilmuan lain yang diajarkan selama kuliah. Proporsi diatas sejalan dengan rerata jumlah jam dalam kurikulum dan sesuai dengan asumsi kebutuhan pemenuhan kompetensi standar kerja yang diperlukan dalam praktik yang aman dan efektif sebagai perawat. Selain proporsi diatas, terdapat proporsi berdasarkan kebutuhan dasar manusia pada mayoritas sub bidang keilmuan seperti dijelaskan dalam tabel.

Tabel 2. Proporsi Soal Berdasarkan Kebutuhan Dasar Manusia

No	Kebutuhan Dasar	Prosentase
1	Oksigenasi	10-14%
2	Cairan dan elektrolit	10-14%
3	Nutrisi	10-14%
4	Aman dan nyaman	10-14%
5	Eliminasi	7-11%
6	Aktivitas dan istirahat	7-11%
7	Psikososial	7-11%
8	Komunikasi	7-11%
9	Belajar	3-7%
10	Seksual	3-7%
11	Nilai dan keyakinan	3-7%

Bagaimana memaknai tabel 1 dan tabel 2 diatas? Berikut ini adalah contoh penjelasan Keperawatan Medikal Bedah (KMB) yang dapat digunakan untuk menjelaskan sub bidang keilmuan yang lain kecuali manajemen dan komunitas. Pada KMB memiliki proporsi 25-37%, akan terdapat soal terkait dengan pemenuhan kebutuhan dasar oksigenasi sebanyak 10-14%. Jika diasumsikan bahwa soal Keperawatan Medikal Bedah sebanyak 50 (28%) soal akan terdapat soal oksigenasi sebanyak 5-7 soal. Dari 5-7 soal diatas, topik apa saja yang berpotensi diujikan dapat

dilihat dalam tabel Lingkup dan Materi Sub Bidang Keilmuan.

Selain tiga tinjauan yang telah dijelaskan di atas, ada 4 tinjauan lain yang akan diintegrasikan dalam soal. Tinjauan tersebut adalah tingkatan pengetahuan (kognitive, prosedural, afektif), proses keperawatan (pengkajian – evaluasi), upaya kesehatan (promotive, preventive, kurative dan rehabilitative), dan sistem tubuh dan kesehatan (kardiovaskular dan lain sebagainya). Untuk itu, pastikan memiliki pemahaman lengkap dari setiap lingkup materi dari sub bidang keilmuan .



BAB IV

LINGKUP DAN ISI MATERI

Lingkup dan isi materi akan dipaparkan menurut bidang keahlian keperawatan dengan urutan sebagai berikut: Bidang Keperawatan Medikal Bedah (KMB), keperawatan maternitas, keperawatan anak, keperawatan Jiwa, manajemen keperawatan, keperawatan gawat darurat, keperawatan keluarga, keperawatan gerontik, dan keperawatan komunitas. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada penjelasan dibawah ini:

A. Lingkup dan Isi Materi Keperawatan Medikal Bedah

A.1 Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernafasan

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan pada pasien TBC	1) Fokus pengkajian: a) Cara penularan b) tanda dan gejala spesifik. c) Hasil pemeriksaan laboratorium dan thoraks photo 2) Perencanaan keperawatan pasien TBC 3) Prinsip tindakan keperawatan pada pasien TBC: a) Latihan batuk efektif b) Peningkatan status nutrisi c) Pemberian oksigen d) Pencegahan penularan e) Pemberian OAT 4) Evaluasi keberhasilan pengobatan TBC	Arif Muttaqin (2008). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Pernafasan, Jakarta, PT. Salemba Medika. Abdul Wahid, Imam Suprpto, (2013). Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Pernafasan, Jakarta, CV. Trans Info Media.
2	Asuhan keperawatan pada pasien asma	1) Fokus pengkajian: a) Riwayat kesehatan b) Keluhan spesifik pasien asma c) Tanda dan gejala pasien asma 2) Prioritas masalah keperawatan pada pasien asma 3) Prosedur tindakan spesifik dalam perawatan asma: a) Nebulizer b) Pemberian oksigen c) Pendidikan kesehatan: pencegahan kambuh	Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien, Jakarta, EGC. Muhammad Ardiansyah (2012). Medikal Bedah untuk Mahasiswa, Yogyakarta, Diva Press.
3	Asuhan keperawatan pada pasien hemopneumothorax	1) Prioritas masalah keperawatan pada pasien hemopneumothorax 2) Prinsip perawatan pasien hemopneumothorax: a) Pengaturan posisi b) Pemberian oksigen c) Perawatan WSD 3) Indikator/Evaluasi keberhasilan perawatan pasien hemopneumothorax	Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 8, Jakarta, EGC. Susan C. Smeltzer alih Bahasa: Devi Yulianti dan Amelia Kimin. (2015). Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 12, Jakarta, EGC.

A.2. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem jantung, pembuluh darah dan sistem limfatik

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan pada pasien hipertensi	1) Fokus pengkajian: a) Faktor resiko (dapat diubah dan tidak dapat diubah) b) Keluhan spesifik c) Tanda dan gejala d) komplikasi hipertensi 2) Prinsip penanganan perawatan hipertensi a) Pencegahan primer, b) Pencegahan sekunder c) Pencegahan tersier. 3) Indikator/Evaluasi keberhasilan perawatan pasien hipertensi	Arif Muttaqin (2009). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Kardiovaskuler, Jakarta, PT. Salemba Medika. Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien, Jakarta, EGC.
2	Asuhan keperawatan pada pasien penyakit jantung koroner (PJK)	1) Fokus pengkajian: a) Riwayat kesehatan b) Keluhan spesifik pasien PJK c) Tanda dan gejala pasien PJK d) Pemeriksaan lab dan diagnostik spesifik: Enzim jantung dan EKG 2) Prioritas masalah keperawatan pada pasien PJK 3) Perencanaan pasien PJK 4) Prosedur tindakan spesifik dalam perawatan PJK: a) Penanganan nyeri dada b) Pemberian oksigen c) Pemberian obat jantung d) Pengaturan aktifitas/olahraga	Palmer Anna and William Bryan, (2007). Simple Guide: Tekanan darah Tinggi, Jakarta, Penerbit Erlangga. Muhammad Ardiansyah (2012). Medikal Bedah untuk Mahasiswa, Yogyakarta, Diva Press.
3	Asuhan keperawatan pada pasien gagal jantung	1) Fokus pengkajian: a) Faktor resiko (dapat diubah dan tidak dapat diubah) b) Keluhan spesifik c) Tanda dan gejala gagal jantung 2) Prioritas masalah keperawatan pada pasien gagal jantung 3) Prinsip penanganan perawatan gagal jantung a) Pembatasan cairan. b) Pengaturan diet c) Pembatasan aktifitas d) Pemenuhan oksigen e) Pemberian obat 4) Indikator/Evaluasi keberhasilan perawatan pasien gagal jantung	Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 8, Jakarta, EGC. Susan C. Smeltzer alih Bahasa: Devi Yulianti dan Amelia Kimin. (2015). Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 12, Jakarta, EGC.

A.3. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan dan hepatobilier

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan pada pasien gastroenteritis	1) Fokus pengkajian: a) Faktor resiko b) Tanda dan gejala spesifik dehidrasi 2) Prioritas masalah keperawatan pasien gastroenteritis 3) Perencanaan keperawatan pada pasien gastroenteritis 4) Prinsip penanganan dan perawatan gastroenteritis: a) Rehidrasi cairan. b) Pengaturan nutrisi c) Observasi intake output.	Diyono dan Sri Mulyanti, (2013). Keperawatan Medikal Bedah: sistem pencernaan, edisi 1, Jakarta,encana Prenada Media Group. Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien, Jakarta, EGC.

2	Asuhan keperawatan pada pasien typhus abdominalis/ demam thypoid	1) Fokus pengkajian: a) Faktor penyebab b) Tanda dan gejala spesifik typhoid 2) Prioritas masalah keperawatan pasien typhoid 3) Prinsip penanganan dan perawatan typhoid: a) Penurunan suhu tubuh: kompres. b) Pengaturan cairan c) Pemenuhan nutrisi khususnya lewat NGT d) Pembatasan aktivitas	Fransisca B. Batticaca (2008). Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Metabolisme,- Jakarta, PT. Salemba Medika Kozier, Erb, Berman and Snyder, Alih Bahasa: Esty Wahyuningsih, dkk. (2011). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: konsep, Proses dan Praktik, edisi 7, volume 2. Jakarta, EGC
3	Asuhan keperawatan pada pasien appendicitis	1) Fokus pengkajian: a) Keluhan spesifik b) Tanda dan gejala appendicitis 2) Prioritas masalah keperawatan pasien appendicitis 3) Fokus perawatan appendicitis: a) Penanganan nyeri b) Perawatan luka	Muhammad Ardiansyah (2012). Medikal Bedah untuk Mahasiswa, Yogyakarta, Diva Press. Perry, Peterson, Potter. (2005). Buku Saku Keterampilan dan Prosedur Dasar, Jakarta EGC.
4	Asuhan keperawatan pada pasien hepatitis	1) Pengkajian pasien hepatitis: a) Cara penularan b) Keluhan spesifik c) Tanda dan gejala spesifik 2) Fokus perawatan hepatitis: a) Pengaturan diet b) Pembatasan aktifitas c) Pencegahan penularan dan komplikasi 3) Indikator/Evaluasi keberhasilan perawatan pasien hepatitis	Rudi Haryono (2012). Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan, Yogyakarta, Gosyen Publishing. Smeltzer & Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 8, Jakarta, EGC.

A.4. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem persyarafan dan perilaku

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan pada pasien gastroenteritis	1) Fokus pengkajian: a) Faktor resiko b) Tanda dan gejala spesifik dehidrasi 2) Prioritas masalah keperawatan pasien gastroenteritis 3) Perencanaan keperawatan pada pasien gastroenteritis 4) Prinsip penanganan dan perawatan gastroenteritis: a) Rehidrasi cairan. b) Pengaturan nutrisi c) Observasi intake output.	Diyono dan Sri Mulyanti, (2013). Keperawatan Medikal Bedah: sistem pencernaan, edisi 1, Jakarta, Kencana Prenada Media Group. Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dam Ni Made Sumarwati, (2000). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien, Jakarta, EGC. Fransisca B. Batticaca (2008). Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Metabolisme,- Jakarta, PT. Salemba Medika

2	Asuhan keperawatan pada pasien typhus abdominalis/ demam thypoid	1) Fokus pengkajian: a) Faktor penyebab b) Tanda dan gejala spesifik typhoid 2) Prioritas masalah keperawatan pasien typhoid 3) Prinsip penanganan dan perawatan typhoid: a) Penurunan suhu tubuh: kompres. b) Pengaturan cairan c) Pemenuhan nutrisi khususnya lewat NGT d) Pembatasan aktivitas	Kozier, Erb, Berman and Snyder, Alih Bahasa: Esty Wahyuningsih, dkk. (2011). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: konsep, Proses dan Praktik, edisi 7, volume 2. Jakarta, EGC Muhammad Ardiansyah (2012). Medikal Bedah untuk Mahasiswa, Yogyakarta, Diva Press.
3	Asuhan keperawatan pada pasien appendicitis	1) Fokus pengkajian: a) Keluhan spesifik b) Tanda dan gejala appendicitis 2) Prioritas masalah keperawatan pasien appendicitis 3) Fokus perawatan appendicitis: a) Penanganan nyeri b) Perawatan luka	Perry, Peterson, Potter. (2005). Buku Saku Keterampilan dan Prosedur Dasar, Jakarta EGC. Rudi Haryono (2012). Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan, Yogyakarta, Gosyen Publishing.
4	Asuhan keperawatan pada pasien hepatitis	1) Pengkajian pasien hepatitis: a) Cara penularan b) Keluhan spesifik c) Tanda dan gejala spesifik 2) Fokus perawatan hepatitis: a) Pengaturan diet b) Pembatasan aktifitas c) Pencegahan penularan dan komplikasi 3) Indikator/Evaluasi keberhasilan perawatan pasien hepatitis	Smeltzer & Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 8, Jakarta, EGC.

A.5. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem penginderaan

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan pada pasien katarak	1) Fokus pengkajian: a) Penyebab b) Tanda dan gejala spesifik c) Cara menentukan visus 2) Prioritas masalah keperawatan pasien katarak 3) Fokus perawatan pasien dengan katarak: a) Pre operasi b) Post operasi c) Pencegahan injury	Anas Tamsuri (2012). Klien Gangguan Mata dan Penglihatan, Jakarta, EGC. Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dam Ni Made Sumarwati, (2000). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien, Jakarta, EGC.
2	Asuhan keperawatan pada pasien otitis media akut/ kronik	1) Fokus pengkajian: a) Penyebab b) Tanda dan gejala spesifik c) Komplikasi 2) Prioritas masalah keperawatan pasien OMA/OMK 3) Fokus perawatan pasien dengan OMA/OMK: a) Penanganan nyeri b) Pemberian obat-obatan c) Pencegahan komplikasi	Indriana N. Istiqomah (2001). Asuhan Keperawatan Gangguan Pada Mata, Jakarta, EGC. Rospa Heltharia, Sri Mulyani (2002). Klien Keperawatan Gangguan THT, Jakarta, Trans Info Media Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 8, Jakarta, EGC.

A.6. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem endokrin dan metabolisme

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan pada pasien Diabetes mellitus	1) Fokus pengkajian: a) Tanda dan gejala spesifik DM b) Komplikasi DM c) Pemeriksaan lab spesifik: darah 2) Prioritas masalah keperawatan pasien DM 3) Perencanaan keperawatan pasien DM 4) Lima pilar perawatan pasien dengan DM: a) Monitoring gula darah b) Pengaturan diet c) Pengaturan aktifitas d) Pemberian obat-obatan (oral dan injeksi) e) Pendidikan kesehatan 5) Indikator/Evaluasi keberhasilan perawatan pasien DM	Arif Muttaqin (2011). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Endokrin, Jakarta, PT. Salemba Medika. Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien, Jakarta, EGC. Nabyl R.A. (2012). Panduan Hidup Sehat: mencegah dan mengobati Diabetes Mellitus, Yogyakarta, Aulia Publishing
2	Asuhan keperawatan pada pasien Goiter	1) Fokus pengkajian: a) Tanda dan gejala spesifik Goiter b) Pemeriksaan lab spesifik: T3 dan T4 2) Prioritas masalah keperawatan pasien Goiter 3) Perencanaan keperawatan pasien Goiter 4) Indikator/Evaluasi keberhasilan perawatan pasien Goiter	Rumahorbo H. (1999). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Endokrin, Jakarta, EGC. Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 8, Jakarta, EGC.

A.7. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem muskulo-skeletal

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan pada pasien fraktur	1) Fokus pengkajian: a) Tanda dan gejala spesifik fraktur b) Jenis-jenis fraktur c) Pemeriksaan diagnostik spesifik: rontgen 2) Prioritas masalah keperawatan pasien fraktur 3) Perencanaan keperawatan pasien fraktur 4) Fokus perawatan pasien dengan fraktur: a) Latihan/mobilisasi b) Perawatan traksi c) Penggunaan alat bantu jalan 5) Indikator/Evaluasi keberhasilan perawatan pasien fraktur	Abdul Wahid (2013). Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem muskuloskeletal (p.1 – 58), Jakarta, Trans Info Media. Arif Muttaqin (2008). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem muskuloskeletal (p.68 – 97), Jakarta, EGC. Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien, Jakarta, EGC.
2	Asuhan keperawatan pada pasien rheumatoid arthritis	1) Fokus pengkajian: a) Riwayat kebiasaan b) Tanda dan gejala spesifik rheumatoid arthritis c) Pemeriksaan lab spesifik: darah 2) Prioritas masalah keperawatan pasien rheumatoid arthritis 3) Fokus perawatan pasien dengan rheumatoid arthritis: a) Penanganan nyeri b) Latihan/mobilisasi c) Pengaturan diet d) Pemberian obat-obatan	Suraton, Heryati, Santa Manurung, Een Raenah, (2008). Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem muskuloskeletal (p.195 – 204), Jakarta, EGC. Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 8, Jakarta, EGC.
3	Asuhan keperawatan pada osteoporosis	1) Prioritas masalah keperawatan pasien osteoporosis 2) Perencanaan keperawatan pasien osteoporosis 3) Fokus perawatan pasien dengan osteoporosis: a) Penanganan nyeri b) Latihan/mobilisasi c) Pengaturan diet	Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 8, Jakarta, EGC.

A.8. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem ginjal dan saluran perkemihan

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan pada pasien batu saluran kemih (BSK)	1) Fokus pengkajian: a) Faktor resiko/penyebab BSK b) Tanda dan gejala spesifik BSK c) Pemeriksaan lab: urine d) Pemeriksaan diagnostik: rontgen dan USG 2) Prioritas masalah keperawatan pasien BSK 3) Fokus perawatan pasien dengan batu saluran kemih: a) Penanganan nyeri b) Pemasangan dan perawatan catheter c) Perawatan luka d) Pendidikan kesehatan	Arif Muttaqin (2008). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan (p.202 – 208) Jakarta, PT. Salemba Medika. Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien, Jakarta, EGC.
2	Asuhan keperawatan BPH	1) Fokus pengkajian: a) Tanda dan gejala spesifik BPH b) Komplikasi 2) Prioritas masalah keperawatan pasien BPH 3) Perencanaan perawatan pasien BPH 4) Fokus perawatan pasien dengan BPH: a) Perawatan catheter b) Irigasi dan spooling c) Bladder training	Muhammad Ardiansyah (2012). Medikal Bedah untuk Mahasiswa, Yogyakarta, Diva Press. Nursalam (2006). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan (p.65 – 67), Jakarta, PT. Salemba Medika.
3	Asuhan keperawatan pada pasien ISK atas: glomerulonefritis	1) Prioritas masalah keperawatan pasien glomerulonefritis. 2) Fokus perawatan pasien dengan glomerulonefritis: a) Pembatasan cairan b) Pengaturan nutrisi 3) Indikator/Evaluasi keberhasilan perawatan pasien glomerulonefritis.	Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 8, Jakarta, EGC.
4	Asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal	1) Fokus pengkajian: a) Faktor penyebab gagal ginjal b) Tanda dan gejala spesifik gagal ginjal c) Pemeriksaan lab spesifik: darah 2) Prioritas masalah keperawatan pasien gagal ginjal 3) Perencanaan perawatan pasien gagal ginjal 4) Fokus perawatan pasien dengan gagal ginjal: a) Pembatasan cairan b) Pengaturan diet c) Pemberian obat-obatan d) Pendidikan kesehatan 5) Indikator/evaluasi keberhasilan perawatan pasien gagal ginjal	Susan C. Smeltzer alih Bahasa: Devi Yulianti dan Amelia Kimin. (2015). Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 12, Jakarta, EGC.

A.9. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem integumen

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan pada pasien luka bakar	1) Fokus pengkajian: a) Klasifikasi luka bakar b) Menentukan luas luka bakar	Arif Muttaqin, Kumala Sari (2011). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem integumen, Jakarta, PT. Salemba Medika. Christanti Effendi (1999). Perawatan Pasien Luka Bakar, Jakarta, PT. Salemba Medika

		2) Prioritas masalah keperawatan pasien luka bakar 3) Fokus perawatan pasien dengan luka bakar: a) Penanganan nyeri b) Rehidrasi cairan c) Perawatan luka d) Pencegahan infeksi 4) Indikator/evaluasi keberhasilan perawatan pasien luka bakar	Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien, Jakarta, EGC.
2	Asuhan keperawatan pada pasien dermatitis	1) Fokus pengkajian: a) Penyebab spesifik b) Tanda/gejala spesifik c) Test alergi/reaksi hipersensitif 2) Prioritas masalah keperawatan pasien dermatitis 3) Fokus perawatan pasien dengan dermatitis: a) Transfusi darah b) Pemberian nutrisi dan obat-obatan	Susan C. Smeltzer alih Bahasa: Devi Yulianti dan Amelia Kimin. (2015). Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 12, Jakarta, EGC.

menit dan suhu tubuh 38,1 oC. Manakah masalah keperawatan yang paling utama pada kasus di atas?

- pola nafas tidak efektif
- jalan nafas tidak efektif
- gangguan perfusi jaringan.
- gangguan keseimbangan suhu tubuh: hipertermi
- gangguan pemenuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan

A.10. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem darah dan kekebalan tubuh

Kunci Jawaban: B.

Pembahasan:

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

Rujukan :

Arif Muttaqin (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Pernafasan* (p. 172 – 180), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Abdul Wahid, Imam Suprpto, (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi* (p. 61 – 82), Jakarta, CV. Trans Info Media.

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

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan pada pasien anemia	1) Fokus pengkajian: a) Penyebab spesifik b) Tanda dan gejala spesifik c) Pemeriksaan lab spesifik: darah 2) Prioritas masalah keperawatan pasien anemia 3) Fokus perawatan pasien dengan luka anemia: a) Transfusi darah b) Pemberian nutrisi dan obat-obatan	Arif Muttaqin (2009). <i>Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Kardiovaskuler</i> , Jakarta, PT. Salemba Medika. Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien, Jakarta, EGC.
2	Asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS	1) Fokus pengkajian: a) Cara penularan b) Tanda dan gejala spesifik 2) Prioritas masalah keperawatan pasien HIV/AIDS 3) Fokus perawatan pasien dengan HIV/AIDS: a) Isolasi b) Pencegahan penularan c) Perawatan psikososial d) Perlindungan diri perawat 4) Indikator/Evaluasi keberhasilan perawatan pasien HIV/AIDS	Nursalam, Ninuk Dian Kurniawati (2011). <i>Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS</i> , Jakarta, PT. Salemba Medika. Reny Yuli Aspirani, (2016). <i>Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Kardiovaskuler: aplikasi NIC dan NOC</i> , Jakarta, CV. Trans Info Media. Setyadi, Endang Triyanto (2012). <i>Strategi Pelayanan Keperawatan bagi Penderita AIDS</i> , Yogyakarta, Graha Ilmu. Susan C. Smeltzer alih Bahasa: Devi Yulianti dan Amelia Kimin. (2015). <i>Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth</i> , edisi 12, Jakarta, EGC.

Contoh Soal, Kunci Jawaban, Pembahasan dan Rujukan:

- Seorang laki-laki usia 40 tahun dirawat di ruang penyakit dalam, dengan keluhan: sesak nafas setelah kontak dengan kucing. Pada pemeriksaan tampak lemas, bunyi nafas terdengar wheezing, terlihat retraksi dada dan frekuensi nafas 32 kali/

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

Kunci Jawaban: B.

Pembahasan:

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

Rujukan:

Arif Muttaqin (2009). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Kardiovaskuler* (p. 88 – 106), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Reny Yuli Aspirani, (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Kardiovaskuler: aplikasi NIC dan NOC* (p. 151 – 171), Jakarta, CV. Trans Info Media.

B. Lingkup dan Isi Materi Keperawatan Maternitas

B.1 Konsep keperawatan ibu hamil

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan ibu hamil normal	1) Adaptasi fisiologis 2) Menghitung taksiran persalinan, usia kehamilan dan taksiran BB janin. 3) Palpasi leopold	Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. Alih Bahasa: Felicia & Anesia. (2013). Keperawatan Maternitas Buku I. Ed 8. Jakarta: Salemba Medika.
2	Asuhan keperawatan ibu hamil normal	1) Adaptasi fisiologis 2) Menghitung taksiran persalinan, usia kehamilan dan taksiran BB janin. 3) Palpasi leopold	Reeder, S.J., Martin, L.L., Griffin, D.K. Alih Bahasa, Yati Afyanti, et. al (2011). Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi, & Keluarga Volume 1. Jakarta: EGC.
3	Asuhan keperawatan ibu hamil normal	1) Adaptasi fisiologis 2) Menghitung taksiran persalinan, usia kehamilan dan taksiran BB janin. 3) Palpasi leopold	
4	Askep ibu hamil dengan gangguan preeklampsia dan eklampsia, plasenta previa	1) Menentukan prioritas masalah 2) Intervensi keperawatan 3) Pendidikan kesehatan 4) Program terapi 5) Pemeriksaan diagnostik	

B.2. Konsep keperawatan intra natal

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan ibu intra natal	1) Faktor yang mempengaruhi persalinan 2) Observasi kemajuan persalinan	Kennedy, B. B., Ruth, D.J., Martin, E.J. Alih Bahasa, Esty Wahyuningtias (2013) Modul Manajemen Intrapartum. Edisi 4. Jakarta: EGC. Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. Alih Bahasa: Felicia & Anesia. (2013). Keperawatan Maternitas Buku I. Ed 8. Jakarta: Salemba Medika. Wilkinson, J.M., Ahern, N.R. Alih bahasa, Esty Wahyuningtias (2011). Buku Saku Diagnosis Keperawatan: Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOK Edisi 9. Jakarta: EGC

B.3. Konsep keperawatan ibu post partum

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan ibu intra natal	1) Faktor yang mempengaruhi persalinan 2) Observasi kemajuan persalinan	Kennedy, B. B., Ruth, D.J., Martin, E.J. Alih Bahasa, Esty Wahyuningtias (2013) Modul Manajemen Intrapartum. Edisi 4. Jakarta: EGC. Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. Alih Bahasa: Felicia & Anesia. (2013). Keperawatan Maternitas Buku I. Ed 8. Jakarta: Salemba Medika. Wilkinson, J.M., Ahern, N.R. Alih bahasa, Esty Wahyuningtias (2011). Buku Saku Diagnosis Keperawatan: Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOK Edisi 9. Jakarta: EGC

B.4. Konsep keperawatan BBL

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan bayi baru lahir (BBL)	Mekanisme kehilangan panas pada BBL	Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. Alih Bahasa: Felicia & Anesia. (2013). Keperawatan Maternitas Buku I. Ed 8. Jakarta: Salemba Medika.
2	Pemeriksaan fisik bayi baru lahir	Perawatan bayi baru lahir	

B.5. Konsep perawatan perempuan dengan masalah reproduksi

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan pada perempuan dengan gangguan reproduksi	1) Tumor dan keganasan pada sistem reproduksi (kanker serviks, mioma uteri, kista ovarium) 2) Penatalaksanaan pada tumor dan keganasan pada sistem reproduksi	Rasjidi, I. (2008). Manual Prakeran Serviks. Edisi pertama. Jakarta: Sagung Seto
2	Tindakan keperawatan pada perempuan dengan gangguan reproduksi	3) Persiapan klien yang akan dilakukan pemeriksaan pap smear/IVA	

Contoh Soal, Kunci Jawaban, Pembahasan dan Rujukan:

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

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

Kunci Jawaban : B

Pembahasan :

Ibu hamil mengalami perubahan fisiologis salah satu

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

Rujukan :

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. Alih Bahasa Felicia dan Anesia (2013). *Keperawatan Maternitas Buku I. Ed 8. (Bab 6)*, Jakarta: Salemba Medika.

C. Lingkup dan Isi Materi Keperawatan Anak

C.1. Konsep Keperawatan anak sehat

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Konsep Tumbuh kembang	1) Parameter umum pertumbuhan · PB /TB · BB · LLA · Lingkar Kepala · Lingkar Dada 2) Perkembangan · Motorik halus · Motorik kasar · Perkembangan psikososial	Dona L Wong , (2009) Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 1, Jakarta : EGC Dwi Sulistyio Cahyaningish , (2011) Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja , Jakarta :TIM,
2	Upaya peningkatan tumbuh kembang optimal	1) Pemberian imunisasi dasar · BCG · Polio · DPT · Hepatitis · Campak / MR	Nursalam,(2005) Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak , Jakarta : Salemba Medika Dona L Wong (2009), Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 2, Jakarta : EGC,

C.2. Konsep Keperawatan anak sakit

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Konsep Hospitalisasi	1) Stresor hospitalisasi · Cemas akibat perpindahan · Kehilangan kendali · Cedera tubuh · Nyeri 2) Manifestasi cemas akibat perpindahan · Fase protes · Fase putus asa · Fase pelepasan / penyangkalan · Fase penerimaan	Dona L Wong , (2009) Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 1, Jakarta : EGC Dwi Sulistyio Cahyaningish , (2011) Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja , Jakarta :TIM, Nursalam,(2005) Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak , Jakarta : Salemba Medika Dona L Wong (2009), Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 2, Jakarta : EGC,

2	Atraumatic Care	1) Prinsip atraumatic Care. · Cegah atau minimal stressor fisik · Cegah dan meminimal kan perpisahan anak dan keluarga · Tingkatkan rasa pengendalian terhadap keperawatan anak	
3	Pemeriksaan Fisik	Pedoman umum saat melakukan pemeriksaan fisik pada anak 1) Pemeriksaan TTV : Tekanan darah, suhu, Nadi dan Pernafasan 2) Pemeriksaan fisik head To toe 3) Pengkajian skala nyeri pada anak · Skala penilaian nyeri wajah (Faces) · Skala numerik · Skala perilaku FLACC	

		· Prosedur pemberian terapi cairan parenteral /infuse 2) Perencanaan anak dengan GE 3) Indikator keberhasilan anak dengan GE	Nursalam,(2005) Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak , Jakarta : Salemba Medika Dona L Wong (2009), Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 2, Jakarta : EGC,
2	Askep anak dengan typhus abdominalis	1) Focus pengkajian anak dengan Typhus abdominalis 2) Faktor predisposisi thyphus abdominalis · Finger · Feces · Fly · Food · Vomite 3) Focus penanganan anak dengan typhus abdominalis · Pemberian kompres air hangat	

C.5. Askep anak dengan gangguan system saraf

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Askep anak dengan kejang demam	1) Focus penanganan anak dengan kejang demam · Edukasi orang tua tehnik penanganan kejang di rumah · Prosedur Pemberian obat anti kejang 2) Indikator keberhasilan penanganan anak dengan kejang	Dona L Wong , (2009) Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 1, Jakarta : EGC Dwi Sulisty Cahyaningish , (2011) Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja , Jakarta :TIM, Nursalam,(2005) Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak , Jakarta : Salemba Medika Dona L Wong (2009), Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 2, Jakarta : EGC,

C.3. Askep anak dengan gangguan system pernafasan

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Askep anak dengan TB paru	1) Fokus pengkajian anak dengan TBC · Prosedur tuberculin test /test PPD 2) Fokus penanganan anak dengan TBC · Edukasi orang tua cara minum obat spesifik pada anak · Terapi oksigen Terapi OAT 3) Indikator keberhasilan penanganan anak dengan TBC	Dona L Wong , (2009) Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 1, Jakarta : EGC Dwi Sulisty Cahyaningish , (2011) Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja , Jakarta :TIM, Nursalam,(2005) Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak , Jakarta : Salemba Medika
2	Askep anak dengan bronchopneumonia	1) Fokus penanganan anak dengan BP · Prosedur fisioterapi dada pada anak · Pemberian terapi oksigen dengan nasal kanula · Indikator keberhasilan anak dengan BP	Dona L Wong (2009), Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 2, Jakarta : EGC,

C.4. Askep Anak dengan gangguan system pencernaan

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Askep anak dengan GE	1) Focus penanganan anak dengan GE. · Kebutuhan cairan pada bayi dan anak · Pemantauan hidrasi pada bayi dan anak	Dona L Wong , (2009) Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 1, Jakarta : EGC Dwi Sulisty Cahyaningish , (2011) Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja , Jakarta :TIM,

C.6. Askep anak dengan infeksi virus

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Askep anak dengan DBD	1) Focus pengkajian anak dengan DBD · Prosedur Rumpelit test · Focus pemeriksaan lab oratorium 2) Klasifikasi DBD · Derajat I · Derajat II · Derajat III · Derajat IV 3) Perencanaan anak dengan DBD 4) Penanganan anak dengan DBD · Terapi cairan anak dengan DBD · Pemantauan cairan	Dona L Wong , (2009) Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 1, Jakarta : EGC Dwi Sulisty Cahyaningish , (2011) Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja , Jakarta :TIM, Nursalam,(2005) Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak , Jakarta : Salemba Medika Dona L Wong (2009), Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 2, Jakarta : EGC,
2	Askep anak dengan Morbili	1) Fokus pengkajian anak dengan morbili . · Stadium penyakit morbili · Kataral /prodromal · Erupsi · Konvalensi 2) Pencegahan penyakit morbili · Imunisasi pasif · Imunisasi aktif	
3	Askep anak dengan Difteri	· Fokus pengkajian anak dengan difteria · Tindakan keperawatan anak dengan tracheostomy	

C.7. Askep anak dengan gangguan system perkemihan

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Askep anak dengan Sindrom Nefrotik	1) Fokus pengkajian anak dengan SN · Pengukuran lingkar perut · Pengukuran edema · Pemeriksaan lab spesifik pada SN	Dona L Wong , (2009) Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 1, Jakarta : EGC
		2) Focus penanganan anak dengan SN · Pemenuhan nutrisi anak dengan SN · Pemantauan cairan	Dwi Sulisty Cahyaningish , (2011) Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja , Jakarta :TIM,
		3) Indikator keberhasilan penanganan anak dengan neprotik syndroma	Nursalam,(2005) Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak , Jakarta : Salemba Medika Dona L Wong (2009), Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 2, Jakarta : EGC,

Bagaimanakan cara pemberian imunisasi diatas ?

- oral
- Intra vena
- Sub cutan
- Intra cutan
- Intra muscular

Kunci Jawaban : D

Pembahasan :

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

Rujukan :

Azis Alimut (2012). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*, Jakarta : Salemba Medika,

C.8. Askep anak gangguan hematologic

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Askep anak anemia	1) Focus pengkajian anak dengan anemia 2) Tindakan keperawatan anak dengan anemia · Terapi penambahan zat besi · Terapi transfusi darah	Dona L Wong , (2009) Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 1, Jakarta : EGC Dwi Sulisty Cahyaningish , (2011) Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja , Jakarta :TIM, Nursalam,(2005) Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak , Jakarta : Salemba Medika Dona L Wong (2009), Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 2, Jakarta : EGC,

C.9. Askep bayi berisiko

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Askep bayi dengan hyperbilirubin	Focus pengkajian bayi dengan hyperbilirubin 1) Klasifikasi Hyperbilirubin · Fisiologis · Patologis 2) Penanganan anak bayi hyperbilirubin · Prosedur pemberian foto terapi · Kebersihan diri · Kebutuhan cairan	Dona L Wong , (2009) Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 1, Jakarta : EGC Dwi Sulisty Cahyaningish , (2011) Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja , Jakarta :TIM, Nursalam,(2005) Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak , Jakarta : Salemba Medika
2	Askep bayi dengan asfiksia	Klasifikasi asfiksia 1) Asfiksia ringan 2) Asfiksia sedang 3) Asfiksia berat	Dona L Wong (2009), Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol. 2, Jakarta : EGC,

D.Lingkup dan Isi Materi Keperawatan Jiwa

D.1. Asuhan keperawatan masalah Psikososial

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan Keperawatan pasien Ansietas	1) Pengkajian: Data focus Ansietas 2) Tindakan keperawatan: a) Relaksasi: b) Tarik nafas dalam (TND), c) Mengajarkan relaksasi otot 3) Evaluasi : Indikator keberhasilan a) Subyektif :Ungkapan verbal mengatasi ansietas melalui latihan relaksasi. b) Obyektif: dapat mempragakan dan menggunakan latihan relaksasi untuk mengatasi ansietas.	Stuart, Gail. 2006. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Ed.5. h. 146-150. Jakarta : EGC SDKI h 180 Jakarta:PPNI Stuart, Gail. 2006. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Ed.5. h. 162. Jakarta : EGC SDKI halaman 180 (2016). Jakarta:PPNI
2	Asuhan Keperawatan pasien Berduka	1) Pengkajian Berduka : Data focus	

Contoh Soal, Kunci Jawaban, Pembahasan dan Rujukan

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

2	Asuhan Keperawatan pasien dengan Isolasi sosial	a) Faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi kehilangan, Tipe Kehilangan, Jenis-jenis Kehilangan, Rentang Respon kehilangan, Tanda dan Gejala b) Data : kondisi pikiran, perasaan, fisik, sosial, dan spiritual sebelum/ sesudah mengalami peristiwa kehilangan dan hubungan antara kondisi saat ini dengan peristiwa kehilangan yang terjadi 2) Perencanaan tindakan Tujuan mampu: Memahami hubungan antara kehilangan yang dialami dengan keadaan dirinya, Mengidentifikasi cara-cara mengatasi berduka yang dialaminya Memanfaatkan faktor pendukung. 3) Tindakan Keperawatan: a) Berdiskusi mengenai kondisi Pasien saat ini (kondisi pikiran, perasaan, fisik, sosial, dan spiritual sebelum/ sesudah mengalami peristiwa kehilangan dan hubungan antara kondisi saat ini dengan peristiwa kehilangan yang terjadi). b) Berdiskusi cara mengatasi berduka yang dialami c) Cara verbal (mengungkapkan perasaan) d) Cara fisik (memberi kesempatan aktivitas fisik) e) Cara sosial (sharing melalui kelompok) f) Cara spiritual (berdoa, berserah) 4) Evaluasi	Stuart, Gail. 2006. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Ed.5. h. 162. Jakarta : EGC Stuart, Gail. 2006. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Ed.5. h. 162. Jakarta : EGC SDKI h 186 Jakarta:PPNI Stuart, Gail. 2006. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Ed.5. h. 162. Jakarta : EGC	1) Data focus Isolasi sosial 2) Tindakan perawatan : a) Menyadari isolasi yang dialami b) Berinteraksi secara bertahap 3) Evaluasi: a) Evaluasi kemampuan pasien isolasi sosial b) Memperagakan cara berkenalan dengan orang lain,dengan perawat, keluarga, tetangga. c) Merasakan manfaat latihan berinteraksi dalam mengatasi isolasi sosial	SDKI h 268 Jakarta:PPNI Keliat, dkk. 2011. Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas. h. 144. Jakarta : EGC
		1) Data focus gangguan citra tubuh 2) Perencanaan 3) Pelaksanaan a) Meningkatkan citra tubuh dengan cara : b) Motivasi Pasien untuk melakukan aktivitas yang mengarah pada pembentukan tubuh yang ideal c) Gunakan protese, wig,kosmetik, pakaian yang sesuai d) Motivasi pasien untuk melihat bagian yang hilang secara bertahap. e) Bantu pasien menyentuh bagian tersebut. f) Lakukan interaksi secara bertahap 4) Evaluasi		1) Data focus Halusinasi 2) Tindakan perawatan : a) Menyadari gangguan sensori persepsi halusinasi b) Melatih cara mengontrol halusinasi 3) Tindakan perawatan : a) Membantu mengenal halusinasi b) Melatih mengontrol halusinasi dengan menghardik c) Melatih mengontrol halusinasi dengan enam benar minum obat d) Melatih mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap e) Melatih mengontrol halusinasi dengan melakukan aktifitas sehari-hari 4) Evaluasi:Pasien mampu: a) Mengungkapkan isi halusinasi yang dialaminya b) ZMenjelaskan waktu dan frekuensi halusinasi yang dialami. c) Menjelaskan situasi yang mencetuskan halusinasi d) Menjelaskan perasaan nya ketika mengalami halusinasi e) Menerapkan 4 cara mengontrol halusinasi: · Menghardik halusinasi · Mematuhi program pengobatan · Bercakap dengan orang lain di sekitarnya bila timbul halusinasi f) Menyusun jadwal kegiatan dari bangun tidur di pagi hari sampai mau tidur pada malam hari selama 7 hari dalam seminggu dan melaksanakan jadwal tersebut secara mandiri g) Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dalam mengendalikan halusinasi	SDKI h 190 Jakarta:PPNI Keliat, dkk. 2011. Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas. h. 149. Jakarta : EGC

D.2. Asuhan keperawatan masalah Gangguan Jiwa

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan Keperawatan pasien HDR (Harga diri rendah)	1) Data focus HDR 2) Tindakan Perawatan : a) Mengidentifikasi Kemampuan aspek positif b) Menilai kemampuan yang dapat digunakan c) Membantu menetapkan/memilih kegiatan sesuai kemampuan d) Melatih kegiatan yang sudah dipilih e) Merencanakan kegiatan yang telah dipilih	SDKI h 192 Jakarta:PPNI Keliat, dkk. 2011. Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas. h. 118. Jakarta: EGC

4.	Asuhan Keperawatan pasien dengan Resiko Perilaku kekerasan (RPK)	a. Data Fokus RPK b. Tindakan perawatan a) Mengontrol RPK se cara Patuh minum obat b) Fisik: TND, Tranfer energy c) Sosial/verbal: Bicara yang baik Asertif (meminta, menolak, mengungkapkan) d) Spiritual c. Evaluasi: Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk pasien gangguan sensori persepsi halusinasi adalah sebagai berikut: a) Pasien mampu mengenal halusinasi b) Menerapkan 4 cara mengontrol halusinasi: c) Menghardik halusinasi d) Mematuhi program pengobatan e) Bercakap dengan orang lain di sekitarnya bila timbul halusinasi f) Menyusun jadwal kegiatan dari bangun tidur di pagi hari sampai mau tidur pada malam hari selama 7 hari dalam seminggu dan melaksanakan jadwal tersebut secara mandiri g) Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dalam mengendalikan halusinasi	SDKI h 312 Jakarta:PPNI Keliat, dkk. 2011. Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas. h. 182. Jakarta : EGC
5	Asuhan Keperawatan pasien dengan Defisit perawatan diri	1) Data focus DPD: a) Defisit Kebersihan Diri : kebersihan diri, berdandan / berhias, b) Makan dan minum secara mandiri, BAB dan BAK tidak pada tempatnya dan tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK 2) Tindakan Perawatan Defisit perawatan diri : a) Melatih cara perawatan kebersihan diri b) Melatih berdandan / berhias c) Melatih makan dan minum secara mandiri d) mengajarkan melakukan BAB dan BAK mandiri 3) Evaluasi Kemampuan Pasien Dalam Defisit Perawatan Diri	SDKI h 240 Jakarta:PPNI Keliat, dkk. 2011. Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas. h. 221. Jakarta : EGC Keliat, dkk. 2011. Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas. h. 233. Jakarta : EGC

- d. Isolasi sosial
e. Halusinasi

Kunci Jawaban : D

Pembahasan :

Pilihan (D) adalah pilihan Kunci Jawaban yang tepat karena tanda dan gejala yang terdapat pada kasus diatas tanda dan gejala isolasi sosial, pilihan (A,B, C, dan E) tidak tepat untuk dengan data tersebut

Rujukan:

Keliat.B.A.dkk. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas, basic course., Jakarta: EGC*

Stuart, Gail. 2003. *Buku Saku Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC*

E. Lingkup dan Isi Materi Manajemen Keperawatan

E.1. Konsep dasar manajemen Keperawatan

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Manajemen asuhan keperawatan	1) Langkah-langkah perencanaan a) Menentukan prioritas b) Menetapkan tujuan c) Menentukan kriteria hasil d) Menentukan rencana tindakan e) Perencanaan pulang 2) Manfaat dokumentasi keperawatan a) Format /model dokumentasi keperawatan: P.O.R b) P.I.E	Nursalam (2011), Manajemen Keperawatan:- Jakarta. Salemba medika Potter dan Perry (2010), Fundamental of nursing: Jakarta , EGC

E.2. Fungsi Manajemen

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Perencanaan	Klasifikasi tingkat ketergantungan pasien 1) Minimal care / self care 2) Partial care /intermediate diet care 3) Total care /Intensive care	Nursalam (2011), Manajemen Keperawatan: Jakarta, Salemba Medika Swanburg (1994), Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Jakarta, EGC Agus Kuntoro (2010), Manajemen Keperawatan, Yogyakarta : Mulia Medika

Contoh Soal, Kunci Jawaban, Pembahasan dan Rujukan

1. Seorang perempuan usia 38 tahun dirawat di RSJ, sejak 6 hari yang lalu. Hasil pengkajian suka menyendiri dan jarang ngobrol dengan teman-temannya dengan alasan malas ngobrol. Tampak lebih banyak tiduran, tidak mau melakukan aktifitas diruangan. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- a. Resiko perilaku kekerasan
b. Defisit perawatan diri
c. Harga diri rendah

2	Pengorganisasian	Model praktek keperawatan profesional 1) Metode fungsional 2) Metode Tim 3) Metode kasus 4) Metode primer 5) Metode moduler	Ratna Sitorus (2007). Praktek keperawatan Profesional. Jakarta: EGC Nursalam (2011). Manajemen Keperawatan: Jakarta : Salemba Medika Marquis dan Huston (2010). Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Jakarta: EGC Agus kuntoro (2010), Manajemen Keperawatan. Jogyakarta : Mulia Medika
3	Pelaksanaan	Prosedur timbang terima/overan 1) Tujuan 2) Prosedur 3) Pelaksanaan	Nursalam (2002). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika Nursalam (2011). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
4	Pengawasan	1) Tujuan supervise 2) Cara supervise	Nursalam (2011). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika Agus Kuntoro (2010), Manajemen Keperawatan, Jogyakarta: Mulia Medika

E.3. Manajemen Konflik

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Strategi penyelesaian konflik	1) Negosiasi 2) Kolaborasi	Gillies (2004), Nursing Manajemen : A system approach, WB saunders Company , Philadelphia Nursalam (2011). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
2	Kategori konflik	1) Intra personal 2) Interpersonal 3) Inter group	Swanburg (1994), Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Jakarta : EGC Marquis dan Huston (2010), Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Jakarta : EGC

E.4. Mutu pelayanan keperawatan

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Indikator mutu pelayanan keperawatan	1) Keselamatan Pasien 2) Perawatan Diri 3) Kepuasan pasien 4) Kenyamanan 5) Kecemasan 6) Pengetahuan	Nursalam (2011), Manajemen Keperawatan, Jakarta , Salemba Medika
2	Kepuasan pelanggan	Cara mengukur kepuasan pasien 1) Tangible 2) Reliability 3) Responsiveness 4) Assurance 5) Emphaty	

Contoh Soal, Kunci Jawaban, Pembahasan dan Rujukan

- Sebagai perawat pelaksana di ruang bedah memberikan perawatan luka pada pasien yang mengalami trauma. Setelah melakukan tindakan perawatan luka, perawat pelaksana tersebut mendokumentasikan tindakan keperawatan di status pasien. Apakah manfaat perawat mendokumen-

tasikan tindakan keperawatan berdasarkan kasus diatas?

- sebagai alat komunikasi antar perawat dan tenaga kesehatan lain
- merupakan catatan otentik dari penerrapan manajemen askep
- menerapkan sistem dokumentasi keperawatan dengan benar
- salah satu bentuk kegiatan perencanaan keperawatan
- salah satu bentuk kegiatan keperawatan

Kunci Jawaban : A

Pembahasan:

Manfaat dokumentasi keperawatan adalah sebagai alat komunikasi perawat dan tenaga kesehatan lainnya, sebagai dokumentasi legal dan mempunyai nilai hukum, meningkatkan mutu peayanan keperawatan, sebagai Rujukan pembelajaran dalam peningkatan ilmu keperawatan dan mempunyai nilai riset penelitian dan pengembangan keperawatan.

Rujukan :

Nursalam (2011), *Manajemen Keperawatan* (hal. 124), Jakarta : Salemba Medika

F. Lingkup dan Isi Materi Keperawatan Gawat Darurat

F.1. Kegawatn Kardiovaskuler

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	a. Akut MCI/IMA, b. Hipertensi c. Gagal jantung,	1. Focus primary survey: ABCD a). Karakteristik nyeri pada MCI b). Factor risiko MCI c). Mengkaji akumulasi cairan dalam tubuh 2. Tindakan: a). Batasi aktivitas b). monitor hemodinamik c). tehnik relaksasi d). beri O2 e). Pemberian Anti nyeri f). rekaman EKG g). pemeriksaan Lab enzim jantung h). Rontgen thorax i). Pemberian Lasix j). Mengukur intake dan output	Pamela S.Kidd, Patty Ann Sturt, Yulia Fultz (2011); pedoman keperawatan Emergency; bab 5 penerbit EGC BTCLS Ambulance 118 (2011) dan Hipgabi (2015) FKUI (2001) Penatalaksanaan kedaruratan bidang penyakitdalam Susan B. Stillwell (2011); Pedoman Keperawatan kritis

		3. Evaluasi indikator: a). Hemodinamik stabil b). nyeri berkurang, c). keseimbangan cairan d). ketentuan boleh pulang /rawat inap dan apabila kritis dirujuk ke ICU	
--	--	---	--

F.2. Kegawatan Pernafasan

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	a. Gagal napas, b. obstruksi jalan napas, c. status asmatikus	1. Fokus pengkajian : primary survey: a). Airway dan b). breathing: look, listen dan feel, kemampuan bernapas, sianosis, tanda gagal nafas c). Circulation d). disability/defibrillation 2. Intervensi & implementasi: a). bebaskan jalan napas, posisi ekstensi, finger swap b). suction c). pasang OPA d). pemberian Oksigen kanul/ masker e). oksimetri, f). kolaborasi intubasi, g). pemeriksaan lab AGD h). cito thorax foto 3. Evaluasi: indicator; a) Ventilasi stabil, b) difusi baik, c) hemodinamik stabil pasien pulang, d) pasien kritis dirujuk ke ICU	Paula K. Skep. MA (2009); Askep Gawat Darurat Susan B. Stillwell (2011); Pedoman Keperawatan kritis Pamela S. Kidd, Patty Ann Sturt, Yulia Fultz (2011); pedoman keperawatan Emergency; bab 5 penerbit EGC

F.3. Kegawatan jantung dan paru/Cardiac Arrest

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Resusitasi jantung Paru	1) Fokus Pengkajian 2) Primary survey: CABD Inisial assessment 3) Diagnosis cepat sirkulasi dan ventilasi 4) Intervensi & implementasi: RJP (kompresi 30 : ventilasi 2x) 5) Evaluasi setiap 2 menit sirkulasi dan ventilasi sampai membaik atau meninggal RJP dihentikan.	BTCLS Ambulance 118 (2011) dan Hipgabi (2015) Susan B. Stillwell (2011); Pedoman Keperawatan kritis Paula K. (2009); Askep Gawat Darurat

F.4. Kegawatan cairan dan elektrolit

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Resusitasi jantung Paru	1) Fokus Pengkajian 2) Primary survey: CABD Inisial assessment 3) Diagnosis cepat sirkulasi dan ventilasi 4) Intervensi & implementasi: RJP (kompresi 30 : ventilasi 2x) 5) Evaluasi setiap 2 menit sirkulasi dan ventilasi sampai membaik atau meninggal RJP dihentikan.	BTCLS Ambulance 118 (2011) dan Hipgabi (2015) Susan B. Stillwell (2011); Pedoman Keperawatan kritis Paula K. (2009); Askep Gawat Darurat

F.5. Kegawatan pencernaan

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	a. Apendeksitis akut, b. kolik abdomen, perdarahan saluran cerna	1. Fokus pengkajian: a). skala dan lokasi nyeri abdomen, b). mual muntah, panas c). perdarahan saluran cerna. d). Kesadaran : gelisah 2. Tindakan: a). atasi nyeri, b). pasang NGT c). konsul ahli bedah, d). hidrasi cairan parenteral, e). cegah infeksi, f). turunkan suhu tubuh/kompres 3. Evaluasi a). nyeri teratasi b). perdarahan teratasi c). pembedahan bila diperlukan dapat terlaksana	Paula K. (2009); Askep Gawat Darurat bab v Susan B. Stillwell (2011); Pedoman Keperawatan kritis hal 221

F.6. Kegawatan perkemihan

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	a. Kolik batu ginjal, b. retensi urine, c. gagal ginjal akut	1. Fokus pengkajian: a). tanda tanda kolik, b). lokasi kolik, durasi c). distensi kandung kemih dan jumlah keluaran urine 2. Tindakan a). atasi kolik, b). pasang kateter, c). cek ureum kreatinin, d). konsul urolog, HD 3. Evaluasi: distensi kandung kemih, kolik berkurang, rujuk HD.	Paula K. (2009); Askep Gawat Darurat bab VI Musliha (2010); Keperawatan Gawat Darurat bab XIII

F.7. Kegawatan Kegawatan persyarafan

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	a. Stroke, b. trauma kepala	1. Fokus pengkajian: a). tanda tanda khas dari stroke, b). GCS c). Tingkat kesadaran d). TIK meningkat 2. Tindakan: a). ukur GCS, b). ukur TTV, c). monitor peningkatan TIK d). cegah injury. e). konsul neurology 3. Evaluasi: a). Tingkat kesadaran, b). hemodinamik, c). kerusakan sensori, d). kemampuan mobilisasi dan bicara	Paula K. (2009); Askep Gawat Darurat Musliha (2010); Keperawatan Gawat Darurat bab XVI

F.8. Kegawatan sistem endokrin

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	a. Ketoasidosis, b. hypoglycemia, c. hyperglykemia	1. Fokus pengkajian a). tanda dan gejala khas ketoasidosis b). penurunan tingkat kesadaran c). napas bau aseton, d). pernafasan kussmaul e). tanda tanda hipo/hiperglykemia 2. Tindakan: a). Cek guladarah, b). Cek acetone urine, c). Cek AGD, d). terapi insulin e). observasi hemodinamik.	Paula K (2009); Askep Gawat Darurat bab VII Susan B. Stillwell (2011); Pedoman Keperawatan kritis hal 257

	3. Evaluasi: a). tingkat kesadaran b). gula darah c). Perbaikan nafas	
--	--	--

e. EKG

Kunci Jawaban: A**F.9. Kegawatan Muskuloskeletal**

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	a. Trauma Kecelakaan Lalu Lintas atau jatuh. b. trauma kepala, c. trauma dada, d. trauma abdomen, e. trauma ekstremitas atas dan bawah	1. Fokus pengkajian a). tanda tanda fraktur, tertutup dan terbuka, b). perdarahan, tanda infeksi c). Kemampuan mobilisasi. 2. Tindakan a). pembidaian, b). pasang necolar, c). rawat luka d). konsul ahli bedah orthopedic e). pemeriksaan lab f). persiapan CT Scan, MRI g). pemberian toxoid /anti tetanus 3. Evaluasi a). perdarahan, b). kemampuan gerak c). Tanda infeksi.	Knell (2011); Asuhan Keperawatan orthopedic Nurma (2010). Asuhan Keperawatan orthopedic Paula K (2009); Askep Gawat Darurat bab VIII

F.10. Kegawatan keracunan

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	a. Keracunan makanan b. keracunan obat	1) Fokus pengkajian jenis keracunan: a). makanan b). obat c). gas. d). reaksi alergi. e). tingkat kesadaran f). pernapasan tidak teratur sianosis. 2. Tindakan: a). pasang NGT bilas lambung, b). Pemberian O ₂ nasal kanul, masker c). Pasang infus 3. Evaluasi; a).Tingkat kesadaran, b). Hemodinamik c). Perdarahan lambung	BTCLS ambulance 118 dan Hippabi (2011)

Contoh Soal, Kunci Jawaban, Pembahasan dan Rujukan

1. Seorang laki laki berusia 40 tahun dibawa ke UGD dengan keluhan: nyeri dada karakteristik seperti ditusuk, ditekan dan berpindah pindah, banyak keringat, pasien mempunyai riwayat MCI. Hasil pemeriksaan fisik; TD 90/60 mmHg, frekuensi nadi 96x/menit, Suhu 38.⁰C frekuensi napas 26x/menit tidak teratur, pada anamnesa. Manakah tindakan pertama yang tepat untuk klien tersebut?

- berikan oksigen
- pasang infus
- cek CK/MB
- anti nyeri

Pembahasan:

Sesuai dengan data pada vignette diatas, prioritas tindakan pertama adalah a (berikan oksigen) karena: pemberian Oksigen, yang bertujuan untuk meningkatkan supply oksigen ke sel sel otot jantung sehingga dapat menurunkan rasa nyeri. Tindakan lain diberikan setelah Oksigen terpasang.

Rujukan

Susan B. Stillwell (2011). Pedoman Keperawatan kritis hal 150
Ns. Paula Krisanti, Suratun (2017). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat

G. Lingkup dan Isi Materi Keperawatan Keluarga**G.1. Asuhan keperawatan individu usia dewasa dengan masalah kesehatan dalam konteks keluarga**

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan individu dengan masalah kesehatan TBC Paru di keluarga	1) Pengkajian keluarga tahap 1 2) Pengkajian keluarga tahap 2 dengan fokus pada 5 tugas keluarga dalam memelihara klien TBC Paru 3) Rumusan diagnosa pada individu TBC Paru 4) Perencanaan asuhan pada individu TBC paru dan keluarganya 5) Tindakan keperawatan langsung pada individu TBC paru di rumah 6) Mencakup tindakan keperawatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif. 7) Tindakan mencakup : Batuk efektif, pemeliharaan lingkungan, tidak mencegah penularan kepada anggota keluarga lain. 8) Pemberdayaan keluarga dalam merawat individu TBC Paru di rumah 9) Evaluasi hasil asuhan keperawatan klien TBC Paru di rumah.	Riasmini, M. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat, dan Jakarta, Penerbit UI
2	Asuhan keperawatan individu dengan masalah kesehatan Diabetes Melitus (DM) di keluarga	1) Pengkajian keluarga tahap 1 2) Pengkajian keluarga tahap 2 dengan fokus pada 5 tugas keluarga dalam memelihara klien Diabetes Melitus 3) Rumusan diagnosa pada individu DM 4) Perencanaan asuhan pada individu DM dan keluarganya	

		5) Tindakan keperawatan langsung pada individu DM di rumah mencakup tindakan keperawatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif. 6) Tindakan mencakup : Pengawasan diet, Pemberian insulin, edukasi, senam kaki 7) Pemberdayaan keluarga dalam merawat individu DM di rumah melalui edukasi. 8) Evaluasi hasil asuhan keperawatan Diabetes Melitus di rumah	
3	Asuhan keperawatan individu dengan masalah kesehatan hipertensi di keluarga	1) Pengkajian keluarga tahap 1 2) Pengkajian keluarga tahap 2 dengan fokus pada 5 tugas keluarga dalam memelihara klien hipertensi 3) Rumusan diagnosa pada individu hipertensi 4) Perencanaan asuhan pada individu hipertensi dan keluarganya 5) Tindakan keperawatan langsung pada pasien hipertensi di rumah 6) Mencakup tindakan keperawatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif. 7) Tindakan keperawatan prioritas: Edukasi keluarga, diet hipertensi, senam relaksasi progresif, pengobatan hipertensi 8) Pemberdayaan keluarga dalam merawat individu hipertensi di rumah 9) Evaluasi hasil asuhan keperawatan klien hipertensi di rumah	
4	Asuhan keperawatan individu dengan masalah kesehatan post stroke di keluarga	1) Pengkajian keluarga tahap 1 2) Pengkajian keluarga tahap 2 dengan fokus pada 5 tugas keluarga dalam memelihara klien post stroke 3) Rumusan diagnosa pada pasien post stroke 4) Perencanaan asuhan pada individu post stroke dan keluarganya 5) Tindakan keperawatan langsung pada individu hipertensi di rumah 6) Mencakup tindakan keperawatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif. 7) Tindakan keperawatan prioritas: Edukasi keluarga, ROM pasif dan aktif, diet, mobilisasi. 8) Pemberdayaan keluarga dalam merawat individu post stroke di rumah 9) Evaluasi hasil asuhan keperawatan post stroke di rumah	

		7) Tindakan keperawatan prioritas: Edukasi keluarga, kebutuhan makanan/kalori anak, menu makanan anak, cara menarik anak agar mau makan, pemberian suplemen bagi anak 8) Pemberdayaan keluarga dalam merawat individu hipertensi di rumah 9) Evaluasi asuhan hasil keperawatan anak gizi kurang/buruk di rumah	
2	Asuhan keperawatan anak dengan masalah ISPA di keluarga	1) Pengkajian keluarga tahap 1 2) Pengkajian keluarga tahap 2 dengan fokus pada 5 tugas keluarga dalam memelihara anak yang mengalami ISPA 3) Rumusan diagnosa pada individu anak yang mengalami ISPA 4) Perencanaan asuhan pada individu anak dengan masalah ISPA dan keluarganya 5) Tindakan keperawatan langsung pada anak ISPA di rumah 6) Mencakup tindakan keperawatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif. 7) Tindakan keperawatan prioritas: Edukasi keluarga, fisioterapi dada pada anak, pengaturan posisi untuk ventilasi maksimum, kompres pada anak, pemberian nutrisi yang mencukupi. 8) Pemberdayaan keluarga dalam merawat anak dengan masalah ISPA di rumah 9) Evaluasi asuhan hasil keperawatan anak dengan masalah ISPA di rumah	
3	Asuhan keperawatan anak dengan diare di keluarga	1) Pengkajian keluarga tahap 1 2) Pengkajian keluarga tahap 2 dengan fokus pada 5 tugas keluarga dalam memelihara anak yang mengalami Diare 3) Rumusan diagnosa pada individu anak yang mengalami Diare 4) Perencanaan asuhan pada individu anak dengan masalah Diare dan keluarganya 5) Tindakan keperawatan langsung pada anak Diare di rumah 6) Mencakup tindakan keperawatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif. 7) Tindakan keperawatan prioritas: Edukasi keluarga, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit (LGG), monitoring status hidrasi 8) Pemberdayaan keluarga dalam merawat anak dengan masalah Diare di rumah 9) Evaluasi asuhan hasil keperawatan anak dengan masalah ISPA di rumah	

G.2. Asuhan keperawatan individu usia anak dalam konteks keluarga

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan anak dengan masalah Gizi kurang / buruk di keluarga	1) Pengkajian keluarga tahap 1 2) Pengkajian keluarga tahap 2 dengan fokus pada 5 tugas keluarga dalam memelihara anak gizi buruk/kurang 3) Rumusan diagnosa pada individu anak Gizi kurang/buruk 4) Perencanaan asuhan pada individu anak gizi kurang/buruk dan keluarganya 5) Tindakan keperawatan langsung pada individu anak gizi kurang/buruk di rumah 6) Mencakup tindakan keperawatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif.	Riasmini, M. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat, dan Jakarta, Penerbit UI

G.3. Asuhan keperawatan idividu usia remaja dalam konteks keluarga

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan remaja penyalahguna obat (NAPZA)	1) Pengkajian keluarga tahap 1 2) Pengkajian keluarga tahap 2 dengan fokus pada 5 tugas keluarga dalam memelihara anak yang menyalah gunakan NAPZA 3) Rumusan diagnosa pada individu anak yang menyalahgunakan NAPZA 4) Perencanaan asuhan pada individu remaja yang menyalahgunakan NAPZA dan keluarganya	Riasmini, M. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat, dan Jakarta, Penerbit UI

		5) Tidak keperawatan langsung pada individu remaja penyalahgunaan NAPZA di rumah 6) Mencakup tindakan keperawatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif. 7) Tindakan keperawatan prioritas: Edukasi keluarga, rujukan 8) Pemberdayaan keluarga dalam merawat anak remaja yang menyalahgunakan NAPZA di rumah 9) Evaluasi asuhan hasil keperawatan anak dengan masalah ISPA di rumah.	
2	Asuhan Keperawatan remaja yang kurang memahami kesehatan reproduksi	1) Pengkajian keluarga tahap 1 2) Pengkajian keluarga tahap 2 dengan fokus pada 5 tugas keluarga dalam memelihara kesehatan reproduksi anak remaja. 3) Rumusan diagnosa pada individu anak remaja yang kurang memahami tentang kesehatan reproduksi remaja. 4) Perencanaan asuhan pada individu remaja yang kurang memahami dan menerapkan kesehatan reproduksi remaja. 5) Tindakan keperawatan langsung pada individu remaja penyalahgunaan NAPZA di rumah 6) Mencakup tindakan keperawatan yang bersifat promotif, preventif. 7) Tindakan keperawatan prioritas: Edukasi keluarga tentang pemeliharaan kesehatan reproduksi remaja 8) Pemberdayaan keluarga dalam merawat anak remaja yang kurang memahami kesehatan reproduksi remaja di rumah 9) Evaluasi hasil asuhan asuhan keperawatan remaja.	

makannya tersendiri agar tidak dipakai oleh anaknya.

Kunci Jawaban : D

Pembahasan:

Penularan penyakit TBC Paru terjadi utamanya melalui media udara (airborne). Tindakan lain tidak efektif dan dapat menimbulkan masalah baru dalam keluarga apalagi dilakukan di awal. Imunisasi efektif hanya bagi dua anaknya, tetapi anggota keluarga lain tidak terlindungi. Tindakan awal yang tepat adalah edukasi cara menghindari pencegahan, tindakan ini merupakan payung dari tindakan lain.

Rujukan:

Sarwono, Ilmu Penyakit Dalam Kementerian Kesehatan RI (2012). Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, Depkes RI : Jakarta

H. Lingkup dan Isi Materi Keperawatan Gerontik

H.1. Perubahan fisiologi dan psikologi lansia

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	a. sistem pencernaan b. sistem pernafasan c. sistem perkemihan, d. sistem kardiovaskuler, e. sistem endokrin, f. sistem musculoskeletal, g. sistem pendengaran dan penglihatan.	1) Proses perubahan 2) Keluhan/Tanda gejala 3) Dampak perubahan	Jaime L.stocklager, (2008). Buku saku asuhan Keperawatan Geriatric. edisi 2. Jakarta: EGC. Maryam, R.Siti.(2008). Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya. Jakarta : Salemba Medika. Hal
2	Etik legal terkait pemberian asuhan keperawatan terkait topic: a. Beneficence b. Maleficence c. Justice d. Veracity e. otonomi		Nasrullah,D. (2014). Etika Dan Hukum keperawatan. Jakarta: Trans Info Media.

H.2. Asuhan keperawatan lansia dengan gangguan sistem perkemihan

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan pada lansia dengan incontinensia urin	1) Fokus Pengkajian: 2) Faktor resiko, kemampuan fungsional dan disfungsi seksual, Perubahan perilaku, Observasi lingkungan,data laboratorium. 3) Prioritas masalah keperawatan pada lansia dengan incontinensia urin 4) Perencanaan asuhan pada lansia dengan incontinensia urin 5) Prinsip tindakan keperawatan langsung pada lansia dengan incontinensia urin meliputi: a) Meminimalisir faktor resiko b) Modifikasi lingkungan	Jaime L.stocklager. (2008). edisi 2. Jakarta : EGC. Martono, Hadi dan Kris-Pranarka.(2015). Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Edisi V. Bagian 2 hal 246-261, Jakarta : Balai Penerbit FKUI.. Riasmini, M (2017), Panduan Asuhan keperawatan : individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NC. Di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta, Penerbit UI.

Contoh Soal, Kunci Jawaban, Pembahasan dan Rujukan

1. Seorang ibu berusia 28 tahun dengan TBC paru sudah 1 bulan menjalani pengobatan di Puskesmas. Dia tinggal bersama suami dan dua anak balita berusia 4 tahun dan 2 tahun yang imunisasinya tidak lengkap. Kedua anaknya tampak sehat namun agak kurus. Manakah dari tindakan keperawatan awal yang paling tepat untuk mencegah penularan dalam keluarga ?

- Membawa anaknya ke Puskesmas untuk dilakukan test mantoux
- Mengisolasi 2 orang anak balitanya untuk tidak kontak dengan ibu Z
- Membawa 2 orang anak balitanya untuk mendapat imunisasi BCG di Puskesmas
- Mengajarkan Ibu Z cara-cara menghindari penularan kuman TB
- Mengajarkan ibu Z untuk memisahkan alat

		c) Batasi minum sore dan malam hari d) Latihan otot dasar panggul (kegel exercise) e) Evaluasi hasil keperawatan lansia dengan incontinnensia urin	
--	--	--	--

H.3. Asuhan keperawatan lansia dengan gangguan sistem kardiovaskuler

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan lansia dengan hipertensi	1) Fokus Pengkajian 2) Faktor resiko 3) Keluhan spesifik 4) Tanda gejala 5) Komplikasi hipertensi 6) Prioritas masalah keperawatan lansia dengan hipertensi 7) Perencanaan asuhan pada lansia dengan hipertensi 8) Prinsip tindakan keperawatan pada lansia dengan hipertensi meliputi: a) Edukasi klien pembatasan diet garam atau lemak, jangan gunakan garam pengganti. b) Teknik relaksasi c) Olah raga d) Kontrol tekanan darah 9) Evaluasi hasil keperawatan lansia dengan hipertensi.	Martono, Hadi dan Kris Pranarka.(2015). Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Edisi V. Jakarta : Balai Penerbit FKUI. Bagian 3 hal 537 Riasmini, M (2017), Panduan Asuhan keperawatan : individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NC. Di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta, Penerbit UI.

H.4. Asuhan keperawatan lansia dengan gangguan sistem kardiovaskuler

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan lansia dengan hipertensi	1) Fokus Pengkajian 2) Faktor resiko 3) Keluhan spesifik 4) Tanda gejala 5) Komplikasi hipertensi 6) Prioritas masalah keperawatan lansia dengan hipertensi 7) Perencanaan asuhan pada lansia dengan hipertensi 8) Prinsip tindakan keperawatan pada lansia dengan hipertensi meliputi: a) Edukasi klien pembatasan diet garam atau lemak, jangan gunakan garam pengganti. b) Teknik relaksasi c) Olah raga d) Kontrol tekanan darah 9) Evaluasi hasil keperawatan lansia dengan hipertensi.	Martono, Hadi dan Kris Pranarka.(2015). Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Edisi V. Jakarta : Balai Penerbit FKUI. Bagian 3 hal 537 Riasmini, M (2017), Panduan Asuhan keperawatan : individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NC. Di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta, Penerbit UI.

H.5. Asuhan keperawatan lansia dengan gangguan sistem endokrin

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan lansia dengan diabetes melitus	1) Fokus Pengkajian 2) Faktor resiko 3) Keluhan spesifik 4) Tanda gejala 5) Komplikasi diabetes 6) Prioritas masalah keperawatan lansia dengan diabetes 7) Perencanaan asuhan pada lansia dengan diabetes melitus 8) Prinsip tindakan keperawatan langsung pada lansia dengan diabetes melitus meliputi: 5 pilar perawatan DM a) Monitor gula darah b) Olah raga c) Diet d) Obat-obatan e) Pendidikan kesehatan f) Latihan senam kaki	Martono, Hadi dan Kris Pranarka.(2015).Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Edisi V. Bagian 3 hal 4384 - 446. Jakarta : Balai Penerbit FKUI. Riasmini, M (2017), Panduan Asuhan keperawatan : individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NC. Di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta, Penerbit UI.

		9) Evaluasi hasil keperawatan lansia dengan DM.	
--	--	---	--

H.6. Asuhan keperawatan lansia dengan gangguan musculoskeletal

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Askep lansia dengan osteoarthritis	1) Fokus Pengkajian 2) Nyeri Sendi, Kekakuan sendi, Pembengkakan Sendi, Perubahan gaya Jalan, Gangguan Fungsi 3) Faktor risiko. kelainan endokrin (misalnya diabetes mellitus) dan kelainan primer sendi, riwayat arthritis, pola nutrisi peningkatan berat badan, pola aktivitas, peningkatan suhu tubuh, kecemasan. Hasil laboratorium hematologi 4) Prioritas masalah keperawatan lansia dengan osteoarthritis 5) Prinsip tindakan keperawatan langsung pada lansia dengan osteoarthritis: a) Kurangi pergerakan sendi yang sakit b) Kompres hangat/ dingin c) Massage lembut d) ROM 6) Evaluasi hasil keperawatan lansia dengan osteoarthritis	Martono, Hadi dan Kris Pranarka.(2015).Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut).Edisi V.Jakarta : Balai Penerbit FKUI. Bagian 3 hal 462-468. Riasmini, M (2017), Panduan Asuhan keperawatan :individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NC. Di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta, Penerbit UI.

H.7. Asuhan keperawatan lansia gangguan persyarafan

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan pada lansia dengan demensia	1) Fokus Pengkajian 2) Perubahan perilaku 3) fungsi kognitif 4) Tanda gejala 5) Pemeriksaan MMSE 6) Prioritas masalah keperawatan demensia 7) Perencanaan asuhan keperawatan pada lansia dengan demensia 8) Prinsip tindakan keperawatan langsung pada lansia dengan demensia meliputi: a) Latihan fisik b) Pelihara life style c) Kembangkan hoby d) Terapi kognitif 9) Evaluasi hasil keperawatan lansia dengan demensia.	Martono, Hadi dan Kris Pranarka.(2015).Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut).Edisi V.Jakarta : Balai Penerbit FKUI. Bagian 2 hal 218-225. Jaime L.stocklager, (2008). Buku saku asuhan Keperawatan Geriatric. edisi 2. Jakarta: EGC.

Contoh Soal, Kunci Jawaban, Pembahasan dan Rujukan

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

- Latihan otot pelvis
- Modifikasi lingkungan
- Kontrol ketahanan berkemih
- Pertahanan keseimbangan cairan
- Kurangi minum pada malam hari

Kunci Jawaban : E**Pembahasan:**

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

Rujukan :

Martono, Hadi dan Kris Pranarka (2015). Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Edisi V Hal 246 - 261. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.

I. Lingkup dan Isi Materi Keperawatan**Komunitas****I.1. Konsep dasar keperawatan komunitas**

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Konsep keperawatan komunitas	a. Filosofi keperawatan komunitas b. Paradigma keperawatan komunitas c. Pengertian keperawatan komunitas: d. Tujuan keperawatan komunitas e. Sasaran keperawatan komunitas f. Peran dan fungsi perawat keperawatan komunitas : g. Fokus kegiatan keperawatan komunitas	Achyar, Komang ayu, H. (2014). Asuhan Keperawatan Komunitas. Jakarta : EGC Anderson, T.E., McFarlane, J. (2007). Buku ajar keperawatan komunitas teori dan praktik Edisi 3. Jakarta: EGC Stanhope, M, & Lancaster, J. (2000). Community and public health nursing. The Mosby Tear Book: St.Louis.
2	Konsep PHC	a. Pengertian b. Tujuan c. Fungsi d. Tiga unsur PHC e. Prinsip PHC f. Posyandu g. Posbindu	Anderson, T.E., McFarlane, J. (2007). Buku ajar keperawatan komunitas teori dan praktik: Edisi 3. Jakarta: EGC Stanhope, M, & Lancaster, J. (2000). Community and public health nursing. The Mosby Tear Book: St.Louis. (10th ed). UK: Wiley Blackwell Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu. (2011). Jakarta: Departemen Kesehatan RI

I.2. Aplikasi asuhan keperawatan komunitas dengan pendekatan pada kelompok khusus

No	Sub Topik	Element	Rujukan
1	Asuhan keperawatan komunitas pada kelompok usia balita dengan masalah gizi kurang /buruk	1) Pengkajian fokus pada kelompok usia balita dengan masalah gizi kurang /buruk : a) Study dokumentasi : Data KMS, jumlah balita, data SKDN b) Angket: pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita c) Observasi lingkungan / wienshield survey d) Wawancara: Kader, ibu balita, tokoh masyarakat 2) Diagnosa Kep.komunitas fokus pada masalah balita gizi kurang /buruk 3) Strategi intervensi keperawatan komunitas : a) Prevensi primer : - Pendidikan keperawatan - Identifikasi faktor resiko - Intervensi professional keperawatan b) Prevensi sekundair: - Screening kesehatan usia balita gizi kurang /buruk - Identifikasifaktor resiko c) Prevensi tersier: - Pendokumentasian - Pencatatan kasus / insiden - Rujukan 4) Fokus kegiatan keperawatan komunitas - Proses kelompok - Pendidikan keperawatan - Intervensi professional keperawatan - Kemitraan/kerjasama - Pemberdayaan (empowerment) 5) Evaluasi 6) Etik Legal terkait pemberian asuhan Keperawatan kelompok usia balita dengan gizi a. Beneficience b. Maleficience c. Justice d. Veracity e. Otomi	Achyar komang ayu .H.(2014) Asuhan Keperawatan Komunitas . Jakarta. EGC Anderson, Elizabeth & Mc. Farlane, Judith. (2011). Community as partner: Theory and practice in nursing, (6th ed). Philadelphia: Lippincott Willims & Wilkins. Efendy dan Ferry Makhfudli. (2009).Keperawatan kesehatan komunitas teori dan praktik dalam keperawatan. Jakartasalemba medika Riasmini, M. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan;individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP,NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat, Jakarta, Penerbit UI Herdman, T.Heather NANDA Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klasifikasi 2015-2017 EGC Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Difinisi dan indikator Diagnostik. Tim Pokja SDKIDPP Nasrulloh.D. (2014). Etika dan Hukum Keperawatan,- Jakarta,Trans info media Notoatmodjo, S. (2007). Promosi kesehatan & ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta. DPP PPNI (2017). Pedoman Perilaku sebagai Penjabaran Kode Etik Keperawatan, Jakarta, DPP. PPNI.
2	Asuhan keperawatan komunitas pada kelompok usia anak sekolah dengan masalah penyakit ISPA	a. Pengkajian fokus pada kelompok balita dengan masalah ISPA : a. Study dokumentasi : Data KMS, jumlah balita, data SKDN b. Angket : pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat c. Observasi lingkungan/ wienshield survey d. Wawancara: Kader, tokoh masyarakat b. Diagnosa Kep.komunitas fokus pada masalah balita ISPA c. Strategi intervensi keperawatan komunitas : a) Prevensi primer : - Pendidikan keperawatan - Identifikasi faktor resiko - Intervensi professional keperawatan b) Prevensi sekundair: - Screening kesehatan usia balita gizi kurang /buruk , - Identifikasi faktor resiko c) Prevensi tersier: - pendokumentasian - pencatatan kasus/ insiden - rujukan	Achyar komang ayu.H.(2014) Asuhan Keperawatan Komunitas . Jakarta.EGC Anderson, Elizabeth & Mc. Farlane, Judith. (2011). Community as partner: Theory and practice in nursing, (6th ed). Philadelphia: Lippincott Willims & Wilkins. Efendy dan Ferry Makhfudli. (2009).Keperawatan kesehatan komunitas teori dan praktik dalam keperawatan.Jakarta.salemba medika 2009 Riasmini, M. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan;individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP,NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat, Jakarta, Penerbit UI Herdman, T.Heather NANDA Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klasifikasi 2015-2017 EGC

27

	5) Evaluasi 6) Etik Legal terkait pemberian asuhan Keperawatan kelompok usia lansia dengan hipertensi a) Beneficence b) Maleficence c) Justice d) Veracity e) Otonomi	Library of Congress Cataloging in Publication Data. (2013). Nursing intervention classification (NIC). (5th ed). St.Louis: Elsevier Mosby Library of Congress Cataloging in Publication Data. (2013). Nursing outcome classification (NOC). (5th) Riasmini, M. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan: individu keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat, Jakarta, Penerbit UI Notoatmodjo, S. (2007). Promosi kesehatan & ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta
--	---	--

Anderson, T.E., McFarlane, J. (2007). Buku ajar keperawatan komunitas teori dan praktik. Edisi 3. Jakarta: EGC

Contoh Soal, Kunci Jawaban, Pembahasan dan Rujukan

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

Kunci Jawaban: E (care provider)

Pembahasan:

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

Rujukan :

Achyar, Komang ayu, H. (2014). Asuhan Keperawatan Komunitas. Hal. 41. Jakarta . EGC.

BAB V
LATIHAN SOAL
UJIAN KOMPETENSI NASIONAL
D. III KEPERAWATAN

A. Petunjuk Soal:

1. Periksa kelengkapan dan kejelasan soal
2. Bacalah soal dengan cermat dan hati-hati
3. Mintalah penggantian lembar soal jika tidak lengkap atau tidak jelas tulisannya.

B. Petunjuk Pengisian Jawaban:

1. Jawablah soal pada lembar jawaban yang disediakan
2. Gunakan pensil 2 B pada saat menjawab soal
3. Jawab pertanyaan soal dengan memberikan tanda bulat hitam pada alternatif jawaban yang tersedia
4. Jawab soal dengan jujur dan percaya diri.
5. Jangan melihat kunci jawaban terlebih dahulu pada saat menjawab soal.

Soal:

1. Seorang laki-laki berusia 40 tahun dirawat di rumah sakit, dengan keluhan: sesak nafas disertai dengan batuk produktif sejak 3 bulan yang lalu dan tidak nafsu makan. Pada pemeriksaan fisik: pasien tampak lemas, badan kurus, banyak berkeringat di malam hari, dahak kental berwarna kehijauan dan frekwensi pernafasan 28 kali/menit.

Apakah prioritas tindakan keperawatan yang harus dilakukan pada kasus di atas?

- a. melatih batuk efektif
- b. mengatur posisi semi fowler
- c. memberikan oksigen melalui nasal canule
- d. memberikan nutrisi tinggi kalori dan tinggi protein
- e. memberikan penkes tentang cara mencegah penularan.

2. Seorang laki laki umur 32 tahun di rawat di RS dengan keluhan sesak nafas setelah makan *seafood*. Pada pemeriksaan fisik ditemukan bunyi nafas wheezing, bibir sianosis, retraksi interkostal, berkeringat dingin dan frekuensi nafas 30 kali/menit.

Apakah posisi yang tepat untuk mengatasi masalah oksigenasi pasien tersebut

- a. Sim kanan
- b. Terlentang
- c. Lithotomy
- d. High fowler
- e. Trendelenberg

3. Seorang laki-laki berusia 45 tahun sudah dirawat 4 hari di RS karena mengalami benturan pada daerah dada. Hasil pemeriksaan rontgen menunjukkan pasien mengalami hemothoraks. Saat ini pasien dipasang WSD untuk mengeluarkan darah dari rongga pleura dan pada slang WSD tidak tampak adanya sumbatan/aliran lancar

Apakah indikator utama dari perawatan pasien tersebut?

- a. menurunnya keluhan nyeri dada
- b. menurunnya sesak nafas yang dirasakan
- c. tidak ada hambatan dalam pergerakan otot dada
- d. tidak ada tanda-tanda infeksi pada daerah luka WSD
- e. tidak adanya penambahan jumlah darah dalam botol WSD

4. Seorang laki-laki usia 40 dirawat di RS karena mengeluh pusing dan nyeri kepala terus menerus. Pasien mengatakan sudah menderita hipertensi sejak 5 tahun lalu dan orang tuanya juga meninggal karena hipertensi. Pasien memiliki kebiasaan merokok, suka makan makanan yang berlemak dan minum kopi ser-

ta kurang olah raga.

Manakah dari riwayat atau kebiasaan pasien tersebut yang merupakan faktor resiko hipertensi yang tidak bisa dirubah?

- kebiasaan makan makanan berlemak
- kebiasaan minum kopi
- kebiasaan merokok
- kurang berolah raga
- riwayat herediter

5. Seorang wanita berusia 62 tahun dirawat di ruang penyakit dalam karena mengalami nyeri dada ketika sedang jalan-jalan pagi di sekitar rumahnya. Nyeri menjalar dari dada kiri kemudian menyebar ke punggung dan dirasakan hilang timbul. Pada pemeriksaan fisik diperoleh terdengar bunyi jantung tambahan dan irama irreguler.

Apakah jenis pemeriksaan diagnostik yang diperlukan untuk memastikan penyebab keluhan pada pasien tersebut ?

- pemeriksaan USG jantung
- pemeriksaan treadmill.
- pemeriksaan rontgen
- pemeriksaan urine
- pemeriksaan EKG

6. Seorang perempuan, umur 60 tahun, dirawat di RS karena mengalami gagal jantung. Klien mengeluh: kedua kaki bengkak, cepat lelah dan sesak nafas jika tidur terlentang.

Apakah masalah keperawatan utama pada pasien tersebut?

- penurunan perfusi jaringan perifer
- kelebihan volume cairan tubuh
- penurunan curah jantung
- gangguan istirahat tidur
- pola nafas tidak efektif

7. Seorang laki-laki usia 25 tahun dirawat di RS dengan keluhan muntah dan BAB cair lebih dari 15 kali sejak semalam. Pada pemeriksaan fisik tampak: turgor kulit menurun, mukosa bibir kering, kesadaran lethargis, tekanan darah 85/50 mmHg, dan frekuensi nadi 110 kali/menit teraba lemah.

Apakah prioritas rencana keperawatan yang perlu diberikan pada pasien tersebut?

- lakukan pemberian cairan infus sesuai dengan program medis.
- berikan minum oralit sebanyak 2 liter
- observasi tingkat kesadaran pasien.
- observasi tanda-tanda vital.
- observasi intake output.

8. Seorang laki-laki usia 28 tahun dirawat di RS dengan keluhan demam selama 7 (tujuh) hari, badan dirasakan lemah dan tidak ada nafsu makan. Hasil pemeriksaan fisik ditemukan suhu tubuh 38.5°C, lidah, kulit, dan rambut kotor. Hasil lab menunjukkan test widal (+) .

Apakah prioritas intervensi yang harus dilakukan pada pasien di atas?

- berikan nutrisi dengan porsi kecil tapi sering
- lakukan kompres dingin pada daerah ketiak.
- bantu kebutuhan personal hygiene pasien
- berikan minum air putih 2 liter per hari.
- batasi aktifitas pasien

9. Seorang remaja umur 16 tahun, dirawat telah 3 hari di rumah sakit dengan keluhan muntah berdarah. Hasil pemeriksaan fisik: keadaan umum lemah, konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik. Saat ini pasien sedang dipuasakan dan telah dilakukan pemasangan NGT. Perawat bermaksud memantau ketepatan posisi NGT tersebut.

Apakah tindakan yang harus dilakukan oleh perawat ?

- melakukan auskultasi udara yang dimasukkan ke dalam NGT
- mengukur panjang slang NGT yang akan dimasukkan.
- memberikan pelumas/jelly pada ujung NGT
- mengukur tanda-tanda vital
- mendengarkan bising usus

10. Seorang laki-laki dirawat selama 5 hari di RS karena menjalani operasi appendectomy. Klien mengeluh nyeri ringan. Pada pemeriksaan fisik diperoleh terdapat luka operasi di daerah kwadran kanan bawah abdomen yang masih basah.

Apakah prioritas tindakan keperawatan yang harus dilakukan pada kasus di atas?

- mengatasi masalah nyeri dengan teknik relaksasi
- melatih mobilisasi dan ambulasi dari tempat tidur.
- mencegah infeksi pada dengan melakukan perawatan luka.
- mencegah terjadinya kambuh dengan memberikan pendidikan kesehatan.
- memenuhi kebutuhan ADL: dengan membantu kebutuhan personal hygiene pasien

11. Seorang perempuan usia 18 tahun dirawat di RS karena mengeluh mual dan badan terasa lemas. Pada pemeriksaan fisik didapatkan: kulit dan sklera ikterik, dan berat badan menurun, suhu tubuh 37,8 °C. Hasil pemeriksaan darah HBSAg (+).

Apakah indikator utama keberhasilan perawatan pada kasus di atas?

- suhu tubuh normal
- tidak terjadi penularan

- kulit dan sklera tidak ikterik
- berat badan pasien meningkat
- hasil pemeriksaan Lab: HBSAg (-)

12. Seorang perempuan berusia 45 tahun di rawat di RS karena mengeluh nyeri setelah BAK disertai ada darah dan butiran batu dalam urine nya. Hasil pemeriksaan fisik tampak kandung kemih bengkak, warna urine kemerahan, jumlah urine out put 400 cc/24 jam, serta pasien tampak gelisah dan berkeringat dingin.

Apakah prioritas tindakan keperawatan pada kasus tersebut?

- menenangkan kondisi pasien.
- memenuhi rasa nyaman pasien.
- mengobservasi urine output pasien.
- melakukan pemasangan folley catheter
- Memberikan minum minimal 2 liter/hari

13. Seorang laki-laki berusia 55 tahun di rawat di RS karena baru 6 jam lalu menjalani operasi pengangkatan batu kandung kemih. Pada saat dikaji klien mengeluh nyeri dan saat ini sedang menjalani pembersihan kandung kemih dengan irigasi catheter, urine tampak berwarna merah dan bercampur dengan bekuan darah.

Apakah prioritas tindakan keperawatan pada kasus tersebut?

- mempertahankan kelancaran irigasi catheter
- memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien.
- melakukan observasi tanda-tanda vital.
- mengajarkan relaksasi atau distraksi
- membatasi aktivitas pasien.

14. Seorang laki-laki umur 65 tahun dirawat di RS karena telah menjalani operasi pengangkatan prostat akibat BPH. Pada pengkajian diperoleh data: pasien terpasang folley catheter su-

dah 2 minggu, warna urine kuning jernih dan pada hari ini pasien direncanakan akan dilakukan pelepasan folley catheter.

Apakah prioritas intervensi keperawatan pada pasien tersebut?

- berikan penjelasan tentang perawatan di rumah.
- anjurkan pasien untuk memperbanyak minum.
- larang pasien melakukan hubungan sexual
- siapkan alat untuk pelepasan catheter.
- lakukan bladder training.

15. Seorang perempuan umur 55 tahun dirawat di ruang penyakit dalam akibat menderita glomerulonefritis kronik. Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik diperoleh data: pasien tampak sesak, anoreksia, mulut dan nafasnya tercium bau ureum serta terdapat edema di seluruh tubuh.

Apakah prioritas masalah keperawatan pada kasus di atas?

- gangguan pertukaran gas O₂ dan CO₂
- nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
- gangguan integritas kulit.
- kelebihan volume cairan.
- aktivitas intolerance.

16. Seorang perempuan umur 63 tahun dirawat di RS karena mengalami edema seluruh tubuh. Hasil pemeriksaan fisik diperoleh data: pasien tampak sesak, conjungtiva pucat, mulut dan nafasnya tercium bau ureum serta urine output 250 cc/24 jam. Hasil pemeriksaan dokter pasien mengalami gagal ginjal kronik.

Apakah masalah keperawatan utama pada pasien tersebut?

- intoleransi aktivitas
- pola nafas tidak efektif
- kelebihan volume cairan
- penurunan perfusi jaringan
- nutrisi kurang kebutuhan tubuh

17. Seorang perempuan umur 63 tahun dirawat di RS karena menderita Gagal ginjal kronik. Hasil pemeriksaan fisik diperoleh data: pasien tampak sesak, bunyi nafas ronchi dan edema anasarca. Urine output selama 24 jam adalah 300 cc dan berat badan klien 50 Kg.

Berapakah jumlah maksimal cairan yang diberikan kepada pasien tersebut selama 24 jam?

- 300 cc
- 500 cc
- 800 cc
- 1000 cc
- 1200 cc

18. Seorang laki-laki umur 60 tahun dirawat di RS, karena menderita stroke infark. Pada pengkajian diperoleh data: tingkat kesadaran stupor, bunyi nafas terdengar ngorok, lemah tubuh sebelah kanan, reflek menelan menurun dan terdapat parese pada otot wajah.

Apakah masalah keperawatan utama pada pasien tersebut?

- bersihan jalan nafas tidak efektif.
- gangguan perfusi jaringan otak.
- kerusakan komunikasi verbal
- kerusakan mobilisasi tubuh
- gangguan asupan nutrisi.

19. Seorang laki-laki umur 56 tahun dirawat di RS, karena menderita stroke perdarahan. Pada pengkajian diperoleh data: tingkat kesadaran coma, pupil mata anisokor, bunyi nafas terdengar ngorok, TD = 200/120 mmHg,

frekuensi nadi 112 kali/menit, frekuensi nafas 35 kali/menit dan suhu 38,3 °C. Sekarang anda sedang memperbaiki posisi pasien.

Apakah posisi yang paling tepat untuk pasien tersebut?

- pasien diposisikan duduk
- terlentang datar tanpa bantal.
- miring ke kiri/ke kanan setiap 2 jam.
- kepala lebih rendah 15 – 30 derajat tubuh pasien.
- kepala lebih tinggi 15 – 30 derajat dari tubuh pasien

20. Seorang wanita umur 35 tahun sudah 3 hari dirawat di RS karena menderita meningitis serosa, untuk memastikan penyakit tersebut dokter akan melakukan pemeriksaan lumbal punksi tapi klien gelisah, menangis dan menolak tindakan.

Apakah tindakan pertama yang harus perawat lakukan untuk menghadapi klien tersebut?

- lapor kepada dokter penanggung jawab untuk memberikan obat penenang.
- biarkan klien untuk mengekspresikan keinginannya sampai klien tenang.
- lakukan restrain supaya klien tidak gelisah dan berhenti menangis.
- libatkan suami atau orang tua klien untuk menenangkan nya.
- lakukan informed consent kepada pasien

21. Seorang laki-laki umur 30 tahun dirawat di RS karena mengalami trauma kepala. Pada saat dikaji pasien hanya bisa membuka mata dengan rangsang nyeri sambil tangannya berusaha menghindari rangsang nyeri dan pasien mengeluarkan suara yang tidak jelas atau mengerang.

Berapakah komposisi nilai GCS pasien tersebut?

- E1 M2 V1
- E1 M2 V3
- E2 M4 V2
- E3 M4 V3
- E2 M5 V5

22. Seorang laki-laki umur 35 tahun dirawat di RS karena mengalami trauma kepala. Pada saat dikaji pasien hanya bisa membuka mata dengan rangsang suara sambil tangannya berusaha melokalisasi rangsang nyeri yang diberikan dan pasien mengeluarkan suara yang membingungkan.

Berapakah nilai total GCS pasien tersebut?

- 15
- 14
- 13
- 12
- 11

23. Seorang laki-laki usia 63 tahun dirawat di RS karena mengeluh lemas, pusing disertai sering kencing dan haus. Pada pemeriksaan fisik diperoleh data kesadaran lethargis, badan tampak kurus, kulit pruritus, TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 68 kali/menit, frekuensi nafas 18 kali/menit dan suhu tubuh 36,7 °C.

Manakah data spesifik yang menunjukkan pasien kemungkinan mengalami DM?

- Kulit pruritus dan badan kurus
- Lethargis dan kulit pruritus
- Badan kurus dan lethargis
- Sering kencing dan haus
- Pusing dan lemas

24. Seorang perempuan umur 56 tahun dirawat di RS karena mengalami DM type II. Pasien mengeluh lapar, haus, sering kencing dan lemas. Pada pemeriksaan fisik diperoleh data: BB 40 Kg TB 166 cm, mukosa bibir kering

dan terdapat luka (*gangraen*) di daerah jari kaki. Pasien mendapatkan terapi insulin dan saat ini anda akan melakukan injeksi insulin sesuai dengan program terapi.

Apakah tindakan yang harus dilakukan perawat sebelum melakukan injeksi insulin?

- menghitung intake output
- mengobservasi tanda-tanda vital
- mengecek tingkat kesadaran pasien
- memastikan makanan sudah siap berada di meja pasien
- memberikan pendidikan kesehatan tentang diet pada pasien DM.

25. Seorang perempuan umur 65 tahun dirawat di RS karena ada *gangraen*/ulkus pada ibu jari kaki nya. Pasien mengatakan sudah menderita DM selama 7 tahun, tetapi tidak rutin kontrol/memeriksa gula darah, masih sering makan melebihi ketentuan diet, dan jarang melakukan olahraga.

Apakah indikator utama keberhasilan perawatan pada kasus di atas?

- pasien melakukan olah raga secara teratur.
- luka *gangraen* di ibu jari kaki sembuh/tidak diamputasi.
- pasien taat terhadap program diet yang harus dijalankannya
- pasien melaksanakan kontrol gula darah secara rutin setiap bulan
- adanya perubahan perilaku positif pasien terkait dengan penyakit nya.

26. Seorang perempuan umur 46 tahun dirawat di RS karena pada daerah leher bagian depannya mengalami pembengkakan dan menonjol kedepan sebesar bola tenis. Pasien mengeluh nyeri saat menelan. Pada pemeriksaan fisik: mata tidak tampak menonjol dan tidak didapatkan palpitasi atau berkerengat banyak.

Apakah jenis pemeriksaan lab/diagnostik spesifik yang diperlukan pada kasus di atas?

- USG.
- urine lengkap
- darah lengkap
- photo Rontgen
- Kadar T3 dan T4

27. Seorang laki-laki usia 49 tahun dirawat di RS. Klien mengeluh sulit menggerakkan tungkai kanan setelah mengalami benturan. Pada pemeriksaan sendi terdapat keterbatasan gerak dan pada saat diminta tungkai nya digerakan: pasien tidak dapat menahan gravitasi.

Berapakah nilai kekuatan otot pasien tersebut?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

28. Seorang laki-laki usia 34 tahun sudah 14 hari dirawat di RS setelah dilakukan operasi pemasangan plat/pin pada tungkai bawah sebelah kanan akibat fraktur. Saat dikaji pasien mengeluh nyeri ringan dan sudah diperbolehkan latihan berjalan dengan menggunakan kruk. Saat ini anda sedang melatih pasien menggunakan kruk.

Bagaimanakah posisi kaki pasien yang sakit saat berjalan dengan menggunakan kruk?

- berada di belakang kruk
- maju sejajar dengan kruk
- diayun mengikuti arah kruk
- menjadi tumpuan saat melangkah
- diberi tumpuan dengan menggunakan kruk

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

Apakah masalah keperawatan prioritas pada pasien tersebut?

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

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

Apakah derajat luka bakar yang dialami pasien tersebut?

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

31. Seorang laki-laki 27 tahun dirawat 1 hari di RS karena menderita luka bakar. Pasien mengeluh nyeri berat dengan skala 8, pada pemeriksaan fisik didapatkan luka bakar derajat II dengan luas 35 %. BB = 50 Kg, TD = 80/60 mmHg, urine output 500 cc/24 jam, frekuensi nadi 96 kali/menit dan frekuensi nafas 26 kali/menit, suhu 37,1 °C.

Apakah prioritas utama rencana keperawatan untuk kasus di atas?

- a. observasi intake output
- b. lakukan rehidrasi cairan
- c. penuhi rasa nyaman pasien
- d. observasi tanda-tanda vital
- e. lakukan perawatan luka bakar

32. Seorang perempuan usia 30 tahun berat badan 50 kg dirawat di RS karena menderita luka bakar. Dari data pengkajian didapatkan adanya luka bakar grade II di dada 7 %, kedua lengan 4 % punggung 25 %. Pasien rencananya mau dilakukan pemasangan infuse RL untuk mengatasi gangguan kebutuhan cairan.

Berapakah jumlah cairan yang harus diberikan kepada pasien selama 24 jam pertama?

- a. 3600 ml
- b. 4800 ml
- c. 6000 ml
- d. 7200 ml
- e. 8400 ml

33. Seorang laki-laki usia 35 tahun datang ke poli kulit dengan keluhan kulitnya sudah lama mengalami gatal gatal di seluruh bagian kulitnya. Pada saat pengkajian ditemukan adanya dermatitis dengan krusta yang mulai mengering.

Apakah prioritas tindakan keperawatan untuk mengatasi krusta pada pasien diatas ?

- a. lakukan kompres basah terbuka
- b. lakukan kompres kering terbuka
- c. lakukan kompres basah tertutup
- d. lakukan kompres basah tertutup
- e. lakukan kompres hangat terbuka

34. Saat ini sebagai perawat, anda sedang memberikan transfusi darah pada pasien anemia. Tiba-tiba pasien mengeluh pusing, menggigil dan gatal-gatal pada seluruh badan.

Apakah tindakan pertama yang akan anda

lakukan ketika menghadapi kondisi tersebut?

- mengukur tanda-tanda vital.
- menghentikan transfusi darah.
- memberikan oksigen 2 liter/menit
- melapor kepada dokter penanggung jawab
- memberikan obat anti histamin sesuai hasil kolaborasi.

35. Anda sedang merawat pasien yang diduga mengalami HIV (+). Saat ini pasien merasa khawatir sekali dengan penyakitnya karena merasa semua orang menjauhinya. Dari data fisik ditemukan adanya erosi pada mukosa mulut, bercak hitam pada bibir dan makula hiperpigmentosa pada seluruh tubuh.

Apakah prioritas intervensi keperawatan pada kasus di atas?

- lakukan perawatan luka
- tingkatkan imunitas pasien
- cegah terjadinya penularan
- berikan rasa nyaman kepada pasien
- berikan dukungan emosi pada pasien

36. Seorang laki-laki usia 25 tahun dirawat di RS karena menderita HIV (+)/AIDS akibat penggunaan narkoba melalui jarum suntik. Dari data fisik ditemukan adanya erosi dan bercak hitam pada mukosa mulut dan genital, diare, kesadaran lethargis dan badan tampak kurus.

Apakah indikator evaluasi keperawatan pada kasus di atas?

- pasien sembuh dari penyakitnya
- pasien berhenti menggunakan narkoba.
- tidak terjadi penularan pada orang lain.
- tanda dan gejala yang ada pada pasien hilang.
- pasien tabah dan memiliki harapan yang realistis.

37. Seorang laki-laki umur 65 tahun dirawat di RS mata karena mengeluh penglihatan matanya buram. Ketika saudara memeriksa visus diperoleh hasil bahwa pasien hanya bisa melihat cahaya.

Berapakah nilai visus mata kanan pasien?

- 6/6
- 5/6
- 3/6
- 1/6
- 1/~

38. Seorang perempuan umur 60 tahun dirawat setelah menjalani operasi katarak pada mata kirinya. Pada saat diperiksa tampak mata kiri tertutup verban, pasien kelihatan bingung dan bertanya apa yang harus dilakukan setelah operasi, serta khawatir matanya tetap tidak bisa melihat.

Apakah prioritas tindakan yang harus dilakukan perawat pada kasus tersebut?

- memonitor tanda-tanda vital pasien
- mengganti verband mata kiri pasien.
- menganjurkan pasien untuk istirahat
- memberikan penjelasan tentang perawatan post operasi
- melaporkan kondisi pasien kepada dokter yang mengoperasikannya

39. Seorang laki-laki umur 18 tahun datang ke Poliklinik THT mengeluh pendengarannya menurun. Anda melakukan test garpu tala dengan menggetarkan garpu tala dan meletakkannya pada tulang mastoid dan setelah tidak terasa getarannya segera dipindahkan ke depan telinga, pasien masih bisa mendengar jelas getaran tersebut.

Apakah interpretasi hasil dari test garpu tala tersebut:

- a. Weber (-)
- b. Weber (+)
- c. Rhinne (-)
- d. Rhinne (+)
- e. Scwabach (+)

40. Seorang perempuan umur 20 tahun datang ke Poliklinik THT mengeluh nyeri telinga dan pendengaran nya menurun, setelah berenang di sungai. Pada pemeriksaan fisik dari lubang telinga keluar cairan kuning dan bau, daun telinga tampak bengkak dan kemerahan. Pasien bertanya kenapa ini bisa terjadi dan malu dengan telinga nya.

Apakah prioritas masalah pada kasus di atas?

- a. cemas
- b. nyeri akut
- c. kurang pengetahuan
- d. gangguan pendengaran
- e. gambaran diri menurun

41. Seorang ibu hamil 28 minggu dilakukan palpasi Leopold, kemudian ibu merasakan tidak nyaman pada perutnya. Saat dilakukan palpasi teraba kontraksi dan ibu dianjurkan untuk relaksasi dan nafas dalam. Selain itu mengeluh terjadi perubahan pada wajahnya terutama pada pipi terdapat bercak kehitaman yang semakin gelap dan banyak.

Apakah perubahan yang terjadi pada wajah ibu tersebut ?

- a. Striae lividae
- b. Striae albican
- c. Linea nigra
- d. Linea alba
- e. Cloasma

42. Seorang ibu pada tanggal 14 April 2017 datang ke poliklinik mengaku terlambat menstruasi selama 4 minggu. Ibu mengatakan bahwa

pada tanggal 12 Maret 2017 merupakan awal menstruasi dan merupakan menstruasi terakhirnya. Ibu ingin mengetahui apakah dirinya hamil atau tidak.

Apakah yang akan anda lakukan pada ibu tersebut?

- a. Melakukan pemeriksaan kehamilan melalui pemeriksaan USG
- b. Menganjurkan ibu untuk memeriksakan kehamilan melalui sampel darah
- c. Memintanya untuk melakukan pemeriksaan kehamilan melalui sample urin
- d. Menyarankan melakukan screening terhadap kemungkinan adanya gangguan reproduksi
- e. Menyampaikan kepada ibu menunggu 1 bulan lagi untuk melihat tanda dan gejala lainnya muncul

43. Seorang ibu datang ke poli kandungan untuk memeriksakan kehamilannya. Ibu mengatakan usia kehamilannya menginjak 7 bulan, mengeluh sulit BAB. Ibu mengatakan pola BAB sebelum hamil tidak ada masalah yaitu rutin setiap hari, tetapi saat ini BAB 3 atau kadang 4 hari sekali. Ibu mengatakan cairan yang ibu minum cukup sekitar 8 gelas sehari bahkan lebih.

Apakah masalah keperawatan yang utama untuk masalah ibu tersebut ?

- a. Risiko konstipasi
- b. Ketidakseimbangan cairan
- c. Risiko intake cairan tidak adekuat
- d. Ketidaknyamanan pola BAB karena adanya haemorroid
- e. Defisiensi pengetahuan terkait perubahan fisiologis sistem pencernaan

44. Seorang ibu datang ke poli kandungan dengan keluhan mual dan muntah yang sering terjadi

terutama pagi hari disertai pusing. Dilakukan pengkajian ibu mengatakan sudah sebulan ini tidak haid. HPHT menurut ibu tanggal 18 Oktober 2017.

Kapankah taksiran persalinan ibu tersebut ?

- a. 25 Juli 2018
- b. 26 Juli 2018
- c. 25 Juni 2018
- d. 27 Juni 2018
- e. 14 Juni 2018

45. Seorang ibu G3P2A0 hamil 29 minggu datang ke Puskesmas. Dilakukan pengkajian dengan tinggi fundus uteri (TFU) 28 cm, dan kepala berada di bawah spina ischiadika.

Berapakah kira-kira usia kehamilannya saat ini ?

- a. 36 minggu
- b. 35 minggu
- c. 34 minggu
- d. 33 minggu
- e. 32 minggu

46. Seorang ibu datang ke puskesmas G1 P0 A0 hamil 33 minggu, mengeluh mengalami perdarahan saat bangun tidur namun tidak ada nyeri. Saat dilakukan pemeriksaan lebih lanjut dengan USG hasilnya menunjukkan plasenta previa marginalis.

Apakah tindakan yang sebaiknya tidak dilakukan pada ibu tersebut ?

- a. Observasi kontraksi
- b. Pemeriksaan dalam
- c. Palpasi manuver Leopold
- d. Pemeriksaan tinggi fundus
- e. Mengukur Tanda-tanda vital

47. Seorang ibu G2 P1 A0 hamil 27 minggu datang ke Puskesmas datang untuk memeriksakan kehamilannya, anak pertama berusia 2,5 tahun. Ibu mengeluh kadang merasa pusing sudah beberapa minggu ini, gerakan janin cukup aktif. Hasil pemeriksaan didapatkan TFU 2 jari diatas pusat, DJJ 140 x/mnt, edema wajah tidak ada, edema pada pretibia, TD 140/95 mmHg.

Apakah pemeriksaan diagnostik tambahan yang dapat dilakukan ?

- a. Kimia darah
- b. Protein Urin
- c. Darah lengkap
- d. Berat jenis urin
- e. Gula darah sewaktu

48. Seorang perempuan dengan G2 P0 A1 hamil 28 mgg mengeluh keluar darah pervagina tanpa ada rasa nyeri. TTV suhu 36,8°C, Nadi 80 x/mnt, TD 120/70 mm Hg, RR 20 x/mnt. Klien tampak gelisah memikirkan kondisi kehamilannya. Hasil pemeriksaan dinyatakan mengalami perdarahan antepartum.

Apakah yang perlu dikaji lebih lanjut tentang perdarahan pada pasien tersebut ?

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

49. Seorang ibu 27 tahun, G2 P1 A0 hamil 38 minggu, datang ke puskesmas pukul 16.00. Kemudian dilakukan pemeriksaan didapatkan TFU 36 cm, ibu mengeluh sudah mulas-mulas namun belum teratur sejak 10 jam yang lalu. Ibu mengatakan mules-mules 2-3x setiap

10 menit selama 20 detik, selain itu ibu juga mengeluh sudah keluar lendir bercampur darah. Saat dilakukan pemeriksaan dalam sudah ada pembukaan 2 cm, serviks tipis dan mendatar, ibu meringis.

Apakah Diagnosa keperawatan utama pada kasus diatas ?

- Cemas berhubungan dengan mulainya persalinan
- Nyeri berhubungan dengan peningkatan intensitas kontraksi
- Risiko infeksi berhubungan dengan adanya pembukaan serviks
- Defisit volume cairan berhubungan dengan peningkatan output cairan
- Risiko ketidakseimbangan volume cairan berhubungan dengan pengeluaran per vaginam

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

Berada pada kala berapakah ibu tersebut?

- Kala I
- Kala II
- Kala III
- Kala IV
- Kala I fase aktif

51. Seorang ibu 28 tahun, G1 P0 A0 hamil 40 minggu datang ke Puskesmas. Mengeluh mulas-mulas sejak Pk 18.00 dan sudah keluar lendir bercampur darah. Pemeriksaan fisik

didapatkan TD 120/78 mmHg, N 78 x/mnt, Sh 36°C, RR 18 x/mnt, TB 143 cm, BB 53 kg, TFU 30 cm, tafsiran berat janin 2700 gram. Hasil pemeriksaan dalam pembukaan 2 cm.

Apakah faktor passenger yang harus dikaji lebih lanjut pada persalinan pervaginam ?

- Ukuran janin
- Psikologis ibu
- Bentuk panggul
- Karakteristik serviks
- Kekuatan kontraksi ibu

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

Apakah intervensi prioritas yang dapat diberikan untuk ibu tersebut?

- Observasi tanda-tanda vital
- Melakukan massage pada uterus
- Membantu ibu mengganti pembalut
- Observasi kandung kemih dan lakukan kateterisasi
- Menjelaskan kepada ibu pentingnya mengganti pembalut

53. Seorang ibu post partum spontan hari ketujuh melakukan kunjungan ulang untuk memeriksakan kondisinya setelah melahirkan. Ibu tampak sering menguap dan tampak lelah. Ibu mengatakan kurang tidur dan kurang nafsu makan, ibu mengatakan yang masak ibu mertuanya dengan menu yang diperbolehkan hanya nasi dan sayur-sayuran, karena menurut ibu

mertuannya jika makan telur atau ikan akan membuat ASI tambah amis dan luka jahitan lama keringnya.

Apakah yang dapat anda lakukan terkait kasus tersebut ?

- Menganjurkan ibu untuk tetap mengonsumsi yang disediakan oleh ibu mertua
- Menjelaskan pentingnya nutrisi sumber hewani untuk ibu post partum
- Menjelaskan cara perawatan bayi dan meningkatkan produksi ASI
- Menjelaskan cara mencukupi kebutuhan tidur ibu menyusui
- Memberikan edukasi tentang cara perawatan payudara

54. Seorang ibu baru saja 2 hari melahirkan anak perempuan. Ibu mengatakan saat anaknya menangis bingung sekali karena sudah diberikan ASI dan popoknya yang basah sudah diganti. Ibu mengatakan ini merupakan pengalaman pertama mengurus bayi.

Apakah intervensi keperawatan yang dapat diberikan untuk ibu muda tersebut?

- Auskultasi suara peristaltik usus
- Mengobservasi intake dan output cairan bayi
- Bisa diberikan susu formula jika masih menangis
- Memberikan informasi cara mengatasi bayi menangis
- Memberikan informasi tentang perawatan bayi baru lahir

55. Seorang ibu post partum 1,5 jam, usia 35 tahun P3A0 saat ini mengeluh mules didaerah perut, kontraksi uterus teraba lemah, kandung kemih kosong ibu sudah BAK ditempat tidur dengan pispot. TD 110/60 mmHg, frekuensi Nadi 82 x/menit, frekuensi pernafasan 18 x/

menit, dan suhu 36,5°C.

Apakah intervensi keperawatan yang bisa dilakukan untuk ibu tersebut ?

- Menganjurkan ibu untuk relaksasi
- Melakukan massage pada daerah uterus
- Anjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini
- Mengobservasi adanya tanda-tanda perdarahan
- Menghitung banyaknya darah yang keluar pada pembalut

56. Seorang bayi perempuan lahir pada tanggal 1 Oktober 2017, pukul 10.35. Bayi saat lahir menangis kuat, skor APGAR 8/9. Bayi telah dilakukan IMD, kemudian ditimbang, diukur PB dan antropometri lainnya. Bayi menangis, saat diraba ternyata popok dan bajunya basah.

Apakah jenis kehilangan panas badan yang dialami bayi tersebut?

- Radiasi
- Konveksi
- Konduksi
- Evaporasi
- Rehabilitasi

57. Bayi laki-laki baru saja lahir spontan satu jam yang lalu, gerakan aktif, BB 2450 gram, PB 48 cm, RR 40 x/mnt dengan usia kehamilan 36 minggu. Hasil pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan.

Apakah tindakan keperawatan yang dapat kita lakukan selanjutnya ?

- Dimandikan
- Pemberian oksigen
- Pemberian antibiotik
- Dirawat dalam inkubator
- Rawat gabung dengan ibunya

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

Apakah penyebab terjadinya kanker serviks pada perempuan ?

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

59. Seorang perempuan 51 tahun, P5A2 datang ke poli Ginekologi karena mengeluh perdarahan padahal menurut klien sudah menopause 6 tahun yang lalu, daerah perut nyeri dan terasa membesar, pernah mengeluarkan darah setelah berhubungan, keputihan berbau sudah satu tahun terakhir, mempunyai riwayat menggunakan kontrasepsi oral sekitar 20 tahun, orang tua meninggal 2 tahun yang lalu karena kanker serviks.

Apakah pemeriksaan diagnostik yang tepat untuk mengetahui kondisi diatas ?

- a. Biopsi
- b. Kolposkopi
- c. Pemeriksaan PAP smear
- d. Pemeriksaan rontgen paru
- e. Pemeriksaan laboratorium khususnya darah lengkap

60. Seorang anak laki-laki usia 4 tahun, dibawa ke posyandu oleh ibunya untuk mendeteksi tumbuh kembang anak tersebut. Ibu sangat khawatir karena menurut hasil pengamatannya anaknya tambah kurus.

Bagaimanakah rumus perkiraan BB untuk anak tersebut ?

- a. $\frac{n + 9}{2}$
- b. $2n + 8$
- c. $8n + 2$
- d. $3 \times 5 - 7$
- e. $3 \times BB \text{ lahir}$

61. Seorang bayi laki-laki usia 1 bulan, Hasil pemeriksaan bayi dalam kondisi sehat untuk mendapatkan imunisasi BCG . Saudara segera menyiapkan vaksin yang dibutuhkan untuk bayi tersebut.

Berapakah dosis yang akan diberikan pada pemberian imunisasi diatas ?

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

62. Seorang anak perempuan usia 6 tahun dirawat hari ke 5 dengan DBD, berdasarkan hasil pemeriksaan terakhir anak sudah diperbolehkan esok hari. Untuk mengatasi kebosanan anak selama dirawat saudara memberikan program bermain.

Apakah jenis permainan yang tepat untuk anak tersebut ?

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

63. Seorang bayi laki usia 5 bulan , untuk mengatasi cemas akibat dampak hospitalisasi pada anak saudara memberikan mainan .

Apakah jenis permainan yang tepat untuk bayi tersebut ?

- a. Kotak mainan berwarna warni
- b. Balon karet besar berwarna warni
- c. Boneka beruang dengan mata kacing
- d. Mobil-mobilan dengan remote control
- e. Truk kayu yang bisa didorong dan ditarik

64. Seorang anak laki-laki usia 7 tahun, dirawat di rumah sakit untuk yang pertama kali dengan keluhan batuk, panas sudah 3 hari. Untuk mengetahui masalah keperawatan yang dialami anak, saudara mengumpulkan data dengan melakukan pemeriksaan fisik anak.

Apakah hal yang perlu diperhatikan saat melakukan tindakan tersebut?

- a. lakukan prosedur traumatic terakhir
- b. tingkatkan kerjasama dengan distraksi
- c. hindari gerakan yang kasar dan mengejutkan
- d. minta orang tua untuk melepas pakaian anaknya
- e. tenangkan anak dengan sebotol air gula / makanan

65. Seorang bayi laki-laki usia 9 bulan, dirawat dengan diare hasil pengkajian KU tampak sakit sedang, suhu $38,5^{\circ}\text{C}$, Nadi 100 X/mnt, Frekuensi napas 30 X/mnt. Saat masuk ke ruang perawatan bayi menangis terus dan tidak mau ditidurkan di atas tempat tidur. Untuk memberikan perawatan atraumatic care, saudara meminta ibu pasien menemaninya saat anak ditidurkan.

Apakah prinsip atraumatic yang diterapkan pada kondisi diatas?

- a. meningkatkan kemampuan orang tua mengontrol keperawatan
- b. menurunkan dan mencegah dampak perpindahan dari keluarga
- c. tidak melakukan kekerasan pada anak
- d. mencegah atau mengurangi cedera

- e. modifikasi lingkungan

66. Seorang anak laki-laki usia 12 tahun, dirawat dengan DBD, menunjukkan reaksi terhadap hospitalisasi dimana saat pasien masuk ke ruang perawatan saudara memperkenalkan diri namun anak tidak berespon, saat akan dilakukan pengkajian anak tidak kooperatif, bahkan memalingkan mukanya ke tembok.

Apakah intervensi keperawatan psikososial dan emosional yang dapat saudara berikan pada kasus diatas?

- a. tingkatkan latihan fisik dan mobilitas
- b. anjurkan keluarga untuk sering berkunjung
- c. lakukan komunikasi dengan tingkatan remaja
- d. bimbing remaja untuk mengembangkan sikap yang sehat
- e. beri kesempatan remaja untuk mengungkapkan kecemasannya

67. Seorang anak perempuan usia 1,5 tahun, dirawat dengan keluhan batuk sudah lebih dari 1 bulan, pada sore hari suhu tubuh meningkat, anak tidak nafsu makan, postur tubuh tampak kurus. Untuk menegakkan diagnose anak dilakukan test tuberculin.

Apakah yang menandakan jika hasil test tersebut positif?

- a. daerah sekitar test berwarna merah dengan diameter $> 10\text{ mm}$
- b. terjadi pembengkakan dengan diameter 15 mm
- c. terjadi penurunan suhu tubuh sampai 36°C
- d. adanya indurasi dengan diameter 10 mm
- e. terjadi luka yang dalam dan nyeri

68. Seorang anak laki-laki usia 6 tahun dirawat dengan keluhan batuk, panas dan sesak napas. Berdasarkan pengkajian dan analisa data, masalah keperawatan yang ditegakkan: tidak efektif bersihan jalan nafas dengan intervensi keperawatan saudara melakukan fisioterapi dada, dengan salah satu tindakan saudara melakukan perkusi pada dada atau punggung anak.

Bagaimanakah caranya melakukan tindakan tersebut diatas ?

- menggunakan alat khusus sehingga lokasi dan pengeluaran slym lebih efektif
- tehnik pemukulan ritmik dilakukan dengan telapak tangan yang melekek
- dilakukan setelah anak menghirup udara yang dikeluarkan nebulizer
- melakukan pemukulan dengan posisi telapak tangan terbuka lebar
- mengganjal bantal terlebih dahulu pada area yang akan diperkusi

69. Seorang anak laki-laki usia 7 tahun dirawat dengan keluhan sesak nafas, hasil pengkajian frekuensi napas 30 x/mnt tampak anak menggunakan otot-otot bantu napas. Masalah keperawatan yang ditegakkan: Perubahan pola napas B/d dengan penurunan ekspansi paru. Dari kondisi tersebut anak mendapatkan terapi oksigen dengan nasal kanula.

Apakah hal prioritas yang perlu diperhatikan saat prosedur tersebut berlangsung ?

- posisikan tidur anak nyaman mungkin
- pertahankan lingkungan agar tidak berisik
- perhatikan botol humidifier jangan sampai kosong
- pasang pengumuman dipintu kamar “ pasien perlu istirahat “
- anjurkan orang tua agar segera melapor jika oksigen sudah habis

70. Seorang anak perempuan usia 3 tahun dirawat dengan keluhan batuk, panas dan penurunan BB. Berdasarkan anamnesa anak pernah dirawat beberapa bulan yang lalu dengan kasus yang sama, mendapatkan terapi obat spesifik hanya ibu sering lupa memberikan kepada anaknya. Masalah keperawatan yang ditegakkan : regimen terapeutik tidak efektif.

Apakah intervensi prioritas yang dilakukan untuk kasus diatas ?

- ajarkan orang tua tentang program pengobatan dan alasan menjalani pengobatan dengan tuntas
- beri pendidikan kesehatan cara penanganan dan terapi yang harus diberikan pada anaknya dirumah
- identifikasi alternative pemberian layanan yang dapat memberikan pengobatan anak jika diperlukan
- ajarkan orang tua untuk mendapatkan obat pengganti disaat obat yang harus diminum anak sudah habis
- informasikan kepada orang tua tempat yang dapat dijangkau dengan mudah untuk mendapatkan obat bagi anaknya

71. Seorang anak laki-laki usia 6 tahun dirawat dengan suspek TB paru. Untuk menegakkan diagnose saudara ditugaskan untuk melakukan test tuberculin. Setelah saudara menggunakan sarung tangan, menentukan lokasi test dan desinfektan pada lokasi test dengan swap alcohol 70 %, saudara memegang sputum dengan tangan dominan.

Apakah tindakan selanjutnya yang saudara lakukan ?

- Tusukan jarum kedalam lapisan kulit
- Anjurkan anak untuk menarik nafas dalam

- c. Anjurkan ibu untuk membantu memegangkan anaknya
- d. Ganjal tangan yang akan ditusuk dengan bantal agar tinggi
- e. Pegang spuit sehingga membentuk sudut 10-15 °, dengan bevel keatas

72. Seorang anak perempuan usia 10 tahun , dirawat dengan GED, hasil pengkajian anak tampak sakit sedang , suhu tubuh 39 ° C , mukosa mulut dan lidah kering .Masalah keperawatan prioritas yang ditegakkan perawat : Gangguan keseimbangan cairan tubuh . Salah satu intervensi keperawatan melakukan monitor intake output ketat /24 jam .

Bagaimanakah dokumentasi yang saudara buat, jika kesimpulan hasil monitor balance cairan negative ?

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

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

Manakah tindakan keperawatan yang dimaksud dari tindakan diatas ?

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

74. Seorang anak laki-laki usia 2,5 tahun , anak diawat dengan kejang demam yang pertama kali . Selama 3 hari dirawat suhu tubuh anak tidak pernah meningkat hasil pemeriksaan terakhir suhu 36,5 °C dan anak sudah diperbolehkan pulang , saudara memberikan edukasi kepada orang tua cara penanganan kejang jika terjadi berulang

Apakah tindakan prioritas yang harus dilakukan orang tua sehubungan hal diatas ?

- a. Memakaikan pakaian yang ringan
- b. Biarkan kejang terjadi dan berakhir tanpa gangguan
- c. Mengamati dan mendokumentasikan aktivitas kejang
- d. Menyingkirkan semua objek yang berbahaya dekat anak
- e. Membaringkan anak pada satu sisi dan tetap bersama anak

75. Seorang anak laki-laki usia 4 tahun dirawat hari ke-3 dengan kejang demam. Ku anak baik dan sudah diperbolehkan pulang. Prioritas keperawatan yang ditegakkan perawat adalah deficit pengetahuan berhubungan dengan perawatan dirumah .

Apakah intervensi prioritas yang sesuai dengan kasus tersebut ?

- a. Ajarkan orang tua cara minum obat termasuk dosis dan efek sampingnya
- b. Anjurkan agar meningkatkan asupan nutrisi adekuat bagi anaknya
- c. Pesankan untuk datang control kembali sesuai kebutuhan anak
- d. Ajarkan orang tua pentingnya memberi istirahat yang adekuat
- e. Berikan surat istirahat sakit agar kesehatan anak optimal

76. Seorang perempuan usia 28 tahun, berkunjung ke poliklinik psikiatri. Hasil pengkajian didapatkan data gelisah, merasa tidak nyaman, sulit tidur, bicara berlebihan dan cepat, saat interaksi tiba-tiba *blocking*, tidak mampu menerima informasi yang diungkapkan oleh perawat.

Apakah tindakan keperawatan yang prioritas diberikan pada kasus diatas?

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

77. Seorang laki-laki usia 20 tahun, dibawa ke klinik untuk konsultasi ke psikiater, informasi dari pengantar sejak dua tahun terakhir, menjadi sangat pendiam, banyak mengurung diri di kamar, menolak untuk berinteraksi, sering komat kamit.

Apakah diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada kasus diatas?

- a. isolasi social
- b. gangguan HDR
- c. gangguan alam perasaan
- d. perubahan mental organik
- e. gangguan persepsi sensori

78. Seorang laki-laki usia 27 tahun, dirawat di ruangan psikiatri, hasil pengkajian didapatkan : pasien duduk menyendiri, bicara sendiri, tertawa sendiri. Obat psikotik sudah diberikan sesuai program pengobatan. Perawat memutus halusinasi dengan cara bercakap-cakap.

Apakah tujuan tindakan yang diberikan pada kasus diatas?

- a. meningkatkan konsentrasi
- b. mengisi kegiatan sehari hari.

- c. mengevaluasi respon persepsinya
- d. mengidentifikasi suara yang didengar klien
- e. membantu klien fokus pada stimulus eksternal

79. Seorang perempuan usia 25 tahun, dirawat di ruang psikiatri, hasil pemeriksaan fisik didapatkan : pasien memperlihatkan perilaku mengkritik diri dan orang lain, produktifitasnya menurun, pesimis menghadapi hidup, mengeluh sakit kepala, merasa tidak mampu dan merasa bersalah serta mudah tersinggung.

Apakah tindakan utama yang dapat dilakukan pada kasus diatas?

- a. Bantu klien dalam menilai kemampuan yang dapat digunakan
- b. Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien
- c. Pilih kegiatan-kegiatan klien yang sudah dipilih sesuai kemampuan
- d. Bantu klien dalam merencanakan kegiatan sesuai kemampuannya.
- e. Bantu klien dalam menetapkan kegiatan sesuai dengan kemampuan

80. Seorang wanita, usia 26 tahun, dibawa keluarganya ke Poli klinik jiwa karena sudah seminggu tidak mau mandi, badan kotor dan bau, tidak mau makan dan bila makan berantakan, BAB dan BAK sembarangan, pemeriksaan fisik dalam batas normal.

Apakah strategi tindakan keperawatan pertama yang saudara lakukan pada pasien tersebut?

- a. Melatih pasien cara makan yang baik
- b. Melatih cara BAB dan BAK yang baik
- c. Mengajak pasien mandi dan berdandan
- d. Menjelaskan pentingnya perawatan kebersihan diri

- e. Menjelaskan pentingnya keluarga dalam merawat diri pasien

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

Apakah tujuan komunikasi pada kasus diatas?

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

82. Seorang perempuan, usia 38 tahun, datang ke IGD psikiatri diantar oleh keluarganya. Hasil pengkajian diketahui bahwa di rumah pasien marah-marah bicara kasar, merusak barang dan mengancam, sudah 2 bulan sejak ia diceraikan oleh suaminya. Tanda-tanda vital dalam batas normal,

Apakah diagnosa keperawatan utama yang dapat saudara tegakkan ?

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

83. Seorang perempuan, usia 38 tahun, datang ke ruang IGD psikiatri diantar oleh keluarganya. Dari pengkajian diketahui bahwa di rumah pasien marah-marah, merusak barang dan mengancam. Keluarga mengatakan sudah 2 bulan

klien seperti ini sejak ia diceraikan oleh suaminya dan di PHK. Tanda-tanda vital dalam batas normal, setelah pemeriksaan psikologis dokter memberikan terapi lorazepam dan diazepam injeksi.

Apakah tujuan dari pemberian terapi medis pada pasien tersebut?

- a. menenangkan pasien
- b. membuat pasien tertidur
- c. mengendalikan emosi pasien
- d. membuat pasien mengenal realita
- e. memampukan pasien untuk bicara dengan baik

84. Seorang perempuan usia 25 tahun, dirawat di ruangan psikiatri RS Jiwa, hasil pengkajian didapatkan : pasien duduk menyendiri, bicara sendiri, tertawa sendiri . Obat psikotik sudah diberikan sesuai program pengobatan. Sesuai rencana hari ini akan dilaksanakan SP1.

Apakah tujuan tindakan yang diberikan pada kasus diatas?

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

85. Saudara sebagai perawat pelaksana di ruang bedah yang diberi tugas oleh ketua tim untuk melaksanakan asuhan keperawatan terhadap 2 orang pasien yang mengalami kecelakaan lalu lintas, kemudian saudara melakukan pengkajian data dan menetapkan prioritas masalahnya.

Apakah yang menjadi kriteria dalam menetapkan prioritas masalah pada kasus diatas?

- disusun berdasarkan diagnose keperawatan
- prioritas masalah berdasarkan keinginan pasien
- diagnosa keperawatan dibuat sesuai dengan wewenang perawat
- status kesehatan dibandingkan dengan norma utk menentukan kesenjangan
- masalah yang mengancam kesehatan seseorang merupakan prioritas kedua

86. Kepala Ruangan Penyakit Syaraf memberikan pengarahan pada perawat pelaksana tentang penulisan dokumentasi keperawatan menggunakan model *Problem Intervention Evaluation* (P.I.E) .

Apakah yang harus dituliskan dalam kolom problem pada model dokumentasi tersebut diatas ?

- data subyektif, obyektif dan penunjang
- hasil pengkajian keperawatan dan masalahnya
- diagnosis keperawatan, tujuan dan kriteria hasil
- identitas pasien, nomor register dan riwayat kesehatan
- masalah keperawatan, rencana tindakan dan implementasi

87. Seorang perawat pelaksana di ruangan Anak ditugaskan oleh Ketua Tim untuk merawat seorang pasien. Perawat tersebut melakukan pengkajian, data yang diperoleh suhu badan 39°C, tidak mau makan dan rewel.

Apakah langkah selanjutnya yang dilakukan oleh perawat pelaksana tersebut pada kasus diatas?

- menentukan tindakan keperawatan
- menentukan tujuan keperawatan
- menentukan prioritas masalah
- menentukan kriteria hasil
- menentukan rencana

88. Sebagai seorang perawat pelaksana di ruang syaraf saudara ditugaskan untuk merawat pasien dengan tingkat ketergantungan *partial care*.

Apakah tingkat ciri dari ketergantungan *partial care* tersebut ?

- hampir tidak memerlukan bantuan dalam personal hygiene
- membutuhkan bantuan 1 orang untuk naik turun tempat tidur
- mampu berpakaian , berdandan dengan sedikit bantuan perawat
- memerlukan observasi tanda – tanda vital setiap jam setiap harinya
- memerlukan observasi tanda- tanda vital setiap 8 jam setiap harinya

89. Perawat “X” saat ini sedang bertugas di ruang Bedah dan merawat pasien dengan kategori *Minimal care*

Apakah kriteria pasien *Minimal care* ?

- makan dibantu
- bantuan eliminasi
- bantuan kebersihan diri
- observasi tanda vital setiap shift
- observasi tanda vital setiap 2 jam

90. Saudara dinas di ruang perawatan penyakit dalam dimana kepala ruangan memberikan tugas kepada seorang perawat untuk merawat pasien sejak pertama masuk Rumah sakit sampai pulang.

Apakah metode penugasan yang diterapkan di ruang tersebut ?

- a. tim
- b. kasus
- c. primer
- d. modular
- e. fungsional

91. Saudara bertugas di ruang perawatan orthopedic, dengan metode penugasan memberikan asuhan keperawatan kepada sekelompok pasien bersama perawat lain dipimpin oleh ketua tim .

Apakah tanggung jawab yang dilaksanakan oleh ketua tim tersebut?

- a. melakukan tindakan
- b. mengikuti timbangan terima
- c. mendokumentasikan tindakan
- d. menyelenggarakan konferensi
- e. merawat pasien dari masuk sampai pulang

92. Kepala ruangan penyakit dalam menerapkan metode penugasan primer dan saudara ditugaskan melaksanakan asuhan keperawatan yang sudah dibuat oleh perawat primer

Apakah peran saudara dalam metode penugasan tersebut.

- a. perawat asosiet
- b. ketua tim
- c. anggota tim
- d. perawat primer
- e. nursing aid

93. Seorang perawat pelaksana di ruang penyakit dalam ditugaskan oleh ketua tim memberikan asuhan keperawatan terhadap 3 orang pasien, perawat pelaksana tersebut menanyakan keluhan yang dirasakan dan riwayat penyakit yang

pernah diderita kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya.

Apakah yang menjadi tanggung jawab perawat pelaksana pada kasus tersebut

- a. membuat perencanaan
- b. menyelenggarakan konferensi
- c. menilai tingkat kebutuhan pasien
- d. kerjasama dengan anggota tim kesehatan lainnya
- e. memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang menjadi tanggung jawabnya

94. Saudara sebagai perawat pelaksana bertugas shift pagi di ruang penyakit dalam, tugas saudara akan dilanjutkan oleh perawat yg bertugas shift sore.

Apakah yang menjadi tujuan dari timbangan terima dari perawat shift pagi ke shift sore?

- a. timbangan terima dilaksanakan setiap pergantian shift
- b. terdokumentasinya asuhan keperawatan pasien
- c. tersusunnya rencana kerja untuk dinas berikutnya
- d. menyampaikan kondisi pasien yang kritis
- e. kedua kelompok yang dinas sdh siap

95. Kepala ruangan penyakit saraf menugaskan saudara dinas sore, saudara akan melaksanakan timbangan terima dengan perawat dinas malam yang akan bertugas berikutnya.

Apakah yang perlu disampaikan pada saat timbangan terima

- a. intervensi kolaboratif dan Independensi
- b. tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilakukan
- c. diagnose medis tidak perlu cukup identi-

tas pasien

- d. tindakan yang khusus langsung disampaikan didepan pasien
- e. penyampaian pada saat timbang terima dilakukan secara lengkap dan detail.

96. Saudara sebagai ketua tim memonitoring perawat pelaksana ketika melakukan perawatan pasien luka bakar dan memberikan arahan serta motivasi agar perawat pelaksana dapat melakukan perawatan luka dengan benar.

Apakah kegiatan yang sedang dilakukan ketua tim tersebut ?

- a. supervisi Tidak langsung
- b. supervisi langsung
- c. investigasi
- d. kolaborasi
- e. negosiasi

97. Seorang perawat yang baru lulus ditugaskan di ruang bedah orthopedic, perawat tersebut merasa tidak cocok bertugas di ruang bedah akan tetapi dia tidak berani untuk mengajukan pindah ruangan.

Apakah jenis konflik yang terjadi pada perawat tersebut?

- a. Intrapersonal
- b. interpersonal
- c. intergroup
- d. horizontal
- e. vertikal

98. Kepala bidang keperawatan RS Z merencanakan menambah jumlah tempat tidur di ruangan khusus gangguan kardio vaskuler akan tetapi kepala ruangnya tidak setuju karena jumlah perawatnya kurang sehingga asuhan keperawatannya tidak optimal.

Apakah strategi penyelesaian konflik yang paling tepat digunakan pada kasus tersebut ?

- a. kompetisi
- b. akomodasi
- c. smoothing
- d. menghindari
- e. negoisiasi

99. Ruangan A adalah ruang penyakit dalam yang baru diresmikan di RS B semua peralatan baru, kepala ruangan dan semua perawatnya juga baru, pada situasi tersebut terjadi konflik antara kepala ruangan, ketua tim dan perawat pelaksana.

Apakah konflik yang terjadi pada kasus tersebut ?

- a. Intrapersonal
- b. Interpersonal
- c. Intergroup
- d. Kompromi
- e. Kolaborasi

100. Seorang perawat di ruang perawatan bedah umum dalam memberikan asuhan keperawatan menunjukkan kemampuannya menangani masalah pasien, memberikan informasi dengan jelas tentang hal hal yang dilarang dalam perawatan dan tepat waktu dalam memberikan pelayanan.

Apakah dimensi mutu yang ditunjukkan perawat tersebut ?

- a. realibility
- b. assurance
- c. tangibles
- d. emphathy
- e. responsiveness

101. Perawat D saat ini bertugas di ruang penyakit dalam RS X sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan maupun kontak dengan pasien perawat D selalu mencuci tangan .

Termasuk indicator pelayanan mutu keperawatan apakah yang dilakukan oleh perawat D ?

- a. keselamatan pasien
- b. perawatan diri
- c. Kenyamanan
- d. Kepuasan pasien
- e. kecemasan

102. Seorang perempuan berusia 56 tahun dibawa ke UGD dengan keluhan cepat lelah dan napas terasa berat. Hasil pemeriksaan fisik perut tampak membesar/ asites, edema ekstremitas,, pasien sangat lemah pasien didiagnosis gagal jantung kongestif, TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 93x/menit, frekuensi napas 27x/menit tidak teratur. Pasien diberikan O₂ 3lt/menit, diberikan Lasix injeksi Intra Vena. Instruksi dokter balance cairan dimonitor secara intensif.

Apakah tindakan selanjutnya pada pasien diatas?

- a. batasi minum oral
- b. minimalkan cairan IV
- c. pasang dower kateter
- d. ukur intake dan out put
- e. auskultasi edema paru

103. Seorang laki laki berusia 51 tahun dibawa ke UGD dengan keluhan pusing dan mata kuning kuning. Hasil pemeriksaan fisik TD 200/100 mmHg, frekuensi nadi 102 x/menit, frekuensi napas 28x permenit. Tiba tiba Pasien gelisah, dr memberikan obat antihypertensi untuk menurunkan 25% tekanan sistolik maupun diastolic dalam beberapa menit. Pasien diistirah-

atkan dengan berbaring di tempat tidur.

Apakah evaluasi perawat selanjutnya pada pasien diatas?

- a. keluhan sakit kepala
- b. tekanan Intra Kranial
- c. penurunan tingkat kesadaran
- d. penurunan TD secara bertahap
- e. observasi reaksi alergi

104. Seorang perempuan berusia 56 tahun dibawa ke UGD dengan keluhan kesulitan bernapas, frekuensi napas 28x/menit tidak teratur, pasien punya riwayat asthma, hasil pemeriksaan fisik TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit. Diberikan oksigen 3 lt/menit, infus baru dipasang lancar, diberikan posisi semi fowler, Instruksi dokter segera berikan aminophylin drip, obat sudah tersedia.

Apakah tindakan perawat selanjutnya pada pasien tersebut ?

- a. obat dimasukkan kedalam cairan
- b. hitung tetesan obat dengan tepat
- c. observasi tanda tanda plebetis.
- d. kaji pasien terhadap alergi obat
- e. observasi pola napas pasien

105. Seorang perempuan berusia 60 tahun dibawa ke UGD dengan keluhan kesulitan bernapas, akibat dahak/lendir yang kental sulit keluar, pasien ada riwayat pneumonia. Hasil pemeriksaan pasien tampak lemah, TD 110/70mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi napas 29x/menit, ronchi (+). Instruksi dokter bersihkan jalan napas, agar oksigen lancar masuk ke alveoli.

Apakah tindakan perawat selanjutnya pada pasien diatas?

- a. lakukan pengisapan lendir dan basahi cairan

- b. ajarkan batuk efektif secara intensif
- c. berikan banyak minum air hangat
- d. bilas dengan larutan NaCl 0,9%
- e. kolaborasi expectorant

106. Seorang perempuan berusia 34 tahun dibawa ke UGD karena ditemukan pingsan, hasil pengkajian CAB palpasi nadi carotis tidak teraba, TD 0/0 mmHg, mulut tampak sianotis dan luka, segera dilakukan Resusitasi Jantung Paru/ RJP.

Apakah langkah pertama untuk mengatasi pasien di atas?

- a. berikan rangsang kesadaran
- b. kompresi 30x, ventilasi 2x
- c. lakukan bagging/ ambubag
- d. rawat luka daerah mulut
- e. berikan posisi mantap

107. Seorang perempuan berusia 41 tahun dibawa ke UGD karena keringat dingin kesadaran menurun setelah pulang dari olahraga malam, pasien ada riwayat MCI. Pengkajian CAB nadi carotis teraba kecil dan lambat, TD 60/0 mmHg, frekuensi napas 30x/menit dangkal, bibir tampak sianotis, rencana dilakukan RJP, perawat harus mengatur posisi.

Apakah tindakan pertama perawat pada pasien di atas?

- a. siapkan alat bantuan jalan napas
- b. posisi ekstensi head till, chin lift
- c. berikan oksigen masker
- d. pasang mayo tube
- e. beri posisi mantap

108. Seorang laki laki berusia 23 tahun dibawa ke UGD RS, karena mengalami kecelakaan lalu lintas. Dilakukan pemeriksaan rontgen, hasilnya fraktur tertutup tibia kanan, tampak bengkak dan krepitasi tidak dapat digerakkan.

Kesadaran Compos mentis, TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20x/menit Suhu 37°C, rencana konsul dokter Orthopedi, sementara pasien immobilisasi daerah fraktur.

Apakah tindakan mandiri perawat pada pasien tersebut?

- a. pasang bidai daerah fraktur
- b. tinggikan kaki yang fraktur
- c. observasi perdarahan
- d. kaji intensitas nyeri
- e. kompres dingin

109. Seorang perempuan berusia 31 tahun dibawa ke UGD karena tertabrak motor, pasien mengeluh kaki kirinya luka sobek, nyeri dan tidak dapat diangkat, pasien ketakutan. Hasil pemeriksaan rontgen fraktur tibia terbuka, luka kotor dan perdarahan. Segera operasi pasang external fixasi. TD 100/60, frekuensi nadi 85x/menit teratur, frekuensi napas 24x/menit, membutuhkan transfusi darah, kaki sudah dipasang bidai.

Apakah tindakan perawat selanjutnya pada pasien di atas?

- a. cek golongan darah
- b. buat permintaan darah
- c. lakukan perawatan luka
- d. berikan inform consent
- e. antar ke kamar operasi

110. Seorang laki laki berusia 22 tahun dibawa ke UGD karena jatuh dengan leher terbentur benda tumpul, pasien tampak lemah kesakitan daerah leher terutama ketika digerakkan TD 90/60 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi napas 25x/menit, hasil rontgen pasien dinyatakan fraktur cervical 3-4 harus immobilisasi.

Apakah tindakan yang tepat pada pasien diatas?

- a. berikan posisi supine
- b. pasang neckcollar
- c. kompres dingin
- d. ganjal 2 bantal
- e. tanpa bantal

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

Apakah prioritas tindakan perawat pada pasien diatas?

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

112. Seorang laki-laki berusia 57 tahun dibawa ke UGD dengan keluhan pusing dan mual, Keadaan umum lemah, kesadaran menurun. TD 160/90 mmHg, frekuensi nadi 92 x/menit, tidak teratur, frekuensi napas 26x /menit berbau ureum. Dari hasil anamnesis pasien sejak pagi belum BAK, kandung kemih tidak tegang. Pasien membutuhkan pemeriksaan laboratorium fungsi ginjal untuk menentukan diagnosis medis.

Apakah yang harus diberi tanda pada formulir laboratorium tersebut?

- a. cek ureum dan kreatinin
- b. enzyme jantung

- c. lab analisa urine
- d. cek fungsi hepar
- e. darah lengkap

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

Apakah tindakan prioritas perawat pada pasien diatas?

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

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

Apakah tindakan perawat selanjutnya pada pasien diatas?

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

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

Apakah indikator utama evaluasi perawat pada pasien setelah diberikan tindakan diatas?

- turgor kulit
- tekanan darah
- Tekanan darah
- tingkat kesadaran
- perabaan extremitas

116. Seorang prempuan berusia 42 tahun bawa ke IGD dengan kesadaran delirium, napas dangkal berbau aseton. Pasien juga banyak keringat, dari anamnesa ada riwayat DM sejak 3 tahun dan jarang kontrol. Hasil pemeriksaan fisik TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 86x/menit, frekuensi napas 27x /menit dangkal. Sudah dipasang infus NaCl 0,9% dan Oksigen 3 l/menit. Hasil lab gula darah sewaktu 300 gr %.

Apakah tindakan kolaborasi selanjutnya pada pasien diatas?

- cek aseton urin
- berikan insulin
- konsul diet DM
- periksa lab elektrolit
- cek analisa gas darah

117. Seorang laki laki berusia 51 tahun datang ke UGD RS karena mengeluh pusing dan mata kunang kunang setelah terpapar asap mobil dalam garasi. Hasil pemeriksaan fisik TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 92 x/menit, frekuensi napas 29x /menit. Tiba tiba Pasien pingsan,

sianotis napas lambat dan dalam namun nadi masih teraba pada pembuluh darah perifer.

Apakah tindakan perawat selanjutnya pada pasien diatas?

- Berikan oksigen masker 6 l/mt
- Ventilasi ambu bag O₂; 10 liter
- Posisikan kepala jow trust
- Lakukan primary survey
- Pasang oksimetri

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

Apakah tindakan perawat selanjutnya pada pasien diatas?

- Beri larutan norit
- Berikan minum banyak
- Anjurkan kumur air hangat
- Pasang NGT bilas lambung
- Pasang infus dan beri cairan IV

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

Apakah langkah perawat selanjutnya pada pasien tersebut?

- Lakukan suction
- kepala dimiringkan
- pasang oroparingeal tube
- kaji kemampuan bernapas
- miringkan pasien dengan log rool

120. Seorang laki laki berusia 51 tahun datang ke UGD RS karena mengeluh pusing dan mata kunang kunang, tangan kiri tidak dapat digerakkan, kesulitan bicara. Hasil pemeriksaan fisik TD 180/100 mmHg, frekuensi nadi 92 x/menit, frekuensi napas 27x/menit. Tiba tiba Pasien tidak sadar, perawat harus memastikan jalan napas tidak terjadi sumbatan.

Apakah tindakan perawat pada pasien diatas?

- Pasang oroparingeal tube
- Posisikan kepala ekstensi
- Lakukan head tilt chin lift
- Posisikan kepala jaw thrust
- Pasang naso tracheal tube

121. Seorang laki laki berusia 51 tahun datang ke UGD karena muntah muntah cairan, mengeluh pusing dan mata kunang kunang. Hasil pemeriksaan fisik kulit kering, bibir pecah pecah TD 80/50 mmHg, frekuensi nadi 102 x/menit, frekuensi napas 27x /menit. Tiba tiba pasien gelisah, Instruksi dokter berikan cairan intravena 3 jam /kolf, infus sudah dipasang dengan tetesan cepat.

Apakah yang harus dievaluasi perawat segera pada pasien diatas?

- Frekuensi muntah
- Turgor kulit
- Produksi urine
- Kekuatan otot
- Denyut nadi perifer

122. Seorang laki laki berusia 35 tahun datang ke UGD RS karena diare sampai 10x dalam sehari dan mata cekung, kulit kering. Hasil pemeriksaan fisik TD 70/50 mmHg, frekuensi nadi 100 x/menit, frekuensi napas 26x /menit. Tiba tiba pasien lemas-menggeluh tidak berdaya pasien syok.

Apakah tindakan kolaborasi perawat pada pasien diatas?

- pasang infus berikan cairan parenteral/rehidrasi
- berikan minum larutan elektrolit
- monitor TTV secara intensif
- lakukan pemeriksaan AGD
- cek elektrolit darah

123. Perawat C sedang melakukan pengkajian terhadap keluarga Bapak L yang baru saja didiagnosa Tuberkulosis Paru.

Manakah pertanyaan yang paling tepat diajukan kepada keluarga untuk menggali kemampuan keluarga mengambil keputusan untuk penanganan TBC?

- “Apakah bapak/ibu merasakan keadaan TBC Paru pada bapak sebagai masalah?”; Apakah bapak/ibu sudah mengetahui sifat penyakit TBC jika tidak dilakukan pengobatan dan perawatan dengan baik?”
- “Apakah bapak/ibu tahu apa itu penyakit TBC Paru?”; “Apakah bapak/ibu tahu penyebab TBC?”; Apakah bapak dan ibu tahu tanda dan gejala penyakit TBC?”
- “Apakah bapak/ibu sudah berupaya membuat rumah menjadi terang tersinari oleh matahari?”; Apakah ada anggota keluarga lain yang menderita TBC Paru?”
- “Apakah bapak tahu bahwa pengobatan TBC harus 6 bulan?” Bagaimana langkah langkah mencegah penularan TBC Paru?”
- “Apakah bapak/ibu tahu di mana saja pengobatan TBC dapat dilakukan?”; “Apakah bapak dan ibu sudah tahu bagaimana cara minum obat anti TBC?”

124. Perawat A mengunjungi rumah keluarga Bapak B di RT 01 RW 09. Ibu B (49 tahun)

terdiagnosa menderita penyakit Diabetes Melitus sejak 2 bulan yang lalu dengan kadar gula darah 250 mg/dl pada pemeriksaan laboratorium terakhir 1 minggu yang lalu. Keluhannya saat ini adalah kaki sering kesemutan dan terasa kebas/ baal, sering kencing terutama malam hari. Klien terbiasa tidak pakai alas kaki saat beraktifitas sehari-hari.

Apakah prioritas masalah dignosa keperawatan yang dapat dirumuskan oleh perawat A pada kasus diatas?

- Kurang pengetahuan
- Gangguan rasa nyaman
- Risiko terjadi injury
- Ketidakstabilan kadar glukosa darah
- Perfusi perifer tidak efektif

125. Perawat melakukan kunjungan rumah Ibu V dengan Diabetes Melitus. Ibu V menceritakan bahwa 2 hari yang lalu dia pingsan dipagi hari setelah dari kamar mandi. Sebelum pingsan dia merasa pusing, lemas, tiba2 penglihatan gelap dan jatuh pingsan. Keluarga panik kemudian membawa Ibu V ke Puskesmas dan dinyatakan mengalami hipoglikemia.

Apakah tindakan yang tepat diajarkan jika kejadian tersebut berulang?

- berikan teh manis hangat segera ketika merasa lemas, pusing dan penglihatan mulai berkunang kunang.
- baringkan di tempat terbuka yang sirkulasi udara baik agar kebutuhan oksigen terpenuhi
- berikan makanan tinggi karbohidrat sebelum tidur malam agar tidak kekurangan zat gula dipagi hari
- berikan makanan yang mengandung kalori tinggi ketika merasa penglihatan nya gelap dan kepala pusing

- dudukkan ibu V, berikan air putih hangat dan berikan makanan yang mengandung karbohidrat tinggi.

126. Seorang laki-laki berusia 60 tahun, tinggal bersama keluarga. Hasil pengkajian ditemukan nyeri dan bengkak pada daerah persendian, cepat lelah, senang makan kacang-kacangan. Hasil pemeriksaan fisik TD:130/80 mmHg, BB 65kg, TB 160 cm, asam urat 10 mg%. klien menolak untuk dilakukan tindakan keperawatan pemberian kompres hangat.

Apakah prinsip etik yang harus perawat terapkan terhadap kasus diatas?

- justice
- veracity
- otonomy
- beneficience
- malbeneficience

127. Seorang Laki-laki berusia 69 tahun, tinggal bersama istri. Hasil pengkajian didapatkan data tidak dapat menahan BAK, sering ngompol sebelum sampai ke kamar mandi terutama pada malam hari, merasa dirinya sudah tidak berguna lagi karena sering dimarahi istri. Hasil pemeriksaan: TD:130/80 mmHg, BB 65kg, TB 165 cm.

Apakah masalah utama pada kasus tersebut ?

- Cemas
- Isolasi social
- Koping tidak efektif
- Gangguan pola eliminasi
- Gangguan gambaran diri

128. Seorang perempuan berusia 60 tahun, tinggal bersama keluarga. Hasil pengkajian didapatkan keluhan pusing, tengkuk sakit, kelemahan

pada tangan, dan kaki kanan, sulit berjalan, BB 45 kg, TB 150 cm.

Manakah data di atas yang perlu dilengkapi untuk menegakkan masalah keperawatan kasus diatas ?

- a. Suhu akral
- b. Tekanan darah
- c. Integritas kulit
- d. Kemampuan aktifitas
- e. Perubahan struktur tubuh

129. Seorang perempuan, berusia 60 tahun, tinggal di rumah bersama dengan adiknya yang tidak menikah. Hasil pengkajian didapatkan data: keluhan pusing, nyeri tengkuk, ekspresi wajah tegang. TD: 170/90mmHg Nadi 90 x/menit suhu: 37C, pernafasan 20 x/mnt, tampak pasien mengurut tengkuk.

Manakah tindakan keperawatan mandiri utama yang dilakukan perawat pada kasus diatas?

- a. Melakukan tehnik relaksasi
- b. Memberikan kompres hangat
- c. Memberikan tehnik pengalihan
- d. Mengukur tekanan darah tiap 2 jam
- e. Memonitor irama dan denyut jantung

130. Seorang laki-laki berusia 63 tahun, Hasil pengkajian didapatkan data mudah lelah, sering kencing, banyak makan dan makanan ringan, klien sering haus. penglihatan kabur TD:140/80 mmHg, BB 70kg, TB 160 cm, GDS 210 mg/dl. Masalah keperawatan Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Apakah rencana tindakan keperawatan yang prioritas akan di buat untuk mengatasi masalah tersebut diatas?

- a. Anjurkan olah raga
- b. Berikan diet diabetes

- c. Batasi kebiasaan makan
- d. Berikan pendidikan kesehatan
- e. Anjurkan pemeriksaan kesehatan

131. Seorang perempuan, usia 62 tahun, tinggal di panti werda. Hasil pengkajian didapatkan pasien mengeluh lemas. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan data: kulit kering, banyak bekas luka garuk pada lengan dan kaki, hasil pemeriksaan GDS: 220 gr/dl

Apakah data utama yang perlu di kaji lebih lengkap pada kasus di atas?

- a. Pola makan
- b. Perilaku hygiene
- c. Faktor keturunan
- d. Lamanya keluhan
- e. Lingkungan tempat tinggal

132. Seorang perempuan berusia 63 tahun, tinggal di panti werda. Hasil pengkajian didapatkan data pasien terlihat mengusap – usap lutut sebelah kanannya, persendian kaki terasa kaku dan nyeri bila digerakan, bengkak pada daerah lutut, sholat dengan posisi duduk dan kaki diluruskan, ekspresi wajah meringis. TD:130/80 mmHg, suhu: 36C, pernafasan 18 x/mnt, nadi:76x/mnt

Manakah tindakan keperawatan utama pada kasus diatas?

- a. Melatih ROM
- b. Membatasi aktivitas
- c. Mengajarkan tata cara sholat
- d. Mengajarkan tehnik relaksasi
- e. Memberikan kompres air hangat

133. Seorang laki-laki usia 60 tahun, tinggal bersama anaknya. Hasil pengkajian klien mengeluh lutut terasa kaku dan nyeri untuk di gerakkan, sulit tidur. Hasil pemeriksaan

TD:130/80 mmHg, BB 70 kg, TB 155 cm,
Perawat telah melakukan range of motion
(ROM) pada sendi lutut

Apakah kriteria hasil yang diharapkan dari
tindakan keperawatan di atas?

- a. nyeri berkurang
- b. sendi tidak kaku
- c. aktifitas mandiri
- d. rasa nyaman terpenuhi
- e. kebutuhan tidur terpenuhi

134. Seorang laki-laki usia 65 tahun, tinggal di panti
werda. Hasil pengkajian perawat didapatkan
data klien kesulitan dalam orientasi waktu,
tempat dan orang, mengeluh sulit tidur, ser-
ing lupa meletakkan barang. Hasil pemeriksaan
MMSE skor 20 point.

Apakah masalah keperawatan utama pada
kasus tersebut ?

- a. Resiko cidera
- b. Gangguan pola tidur
- c. Gangguan proses fikir
- d. Gangguan komunikasi
- e. Gangguan interaksi social

135. Seorang perawat melakukan kegiatan penga-
kajian keperawatan disebuah RW dengan cara
berkeliling wilayah binaan dan melakukan
wawancara dengan tokoh masyarakat, tokoh
agama, kader kesehatan dengan tujuan untuk
memperoleh gambaran tentang kondisi dan
situasi suatu wilayah

Apakah metode pengkajian yang dilakukan
oleh perawat diatas ?

- a. Analisa data sekunder
- b. Observasi terstruktur
- c. Windshield survey

- d. Interview
- e. Angket

136. Seorang perawat komunitas melakukan ke-
giatan posyandu balita sistim lima meja yang
meliputi : (1) Balita didaftar dalam formulir
pencatatan balita, (2) Penimbangan anak dan
balita dan mencatat hasil penimbangan pada
secarik kertas yang terselip di KMS. (3) Me-
mindahkan hasil penimbangan anak dari se-
carik kertas ke KMS nya

Apakah langkah selanjutnya dalam kegiatan
posyandu tersebut diatas ?

- a. ambil KMS baru, kolomnya diisi secara
lengkap, nama anak dicatat pada secarik
kertas
- b. mintalah KMS anak, perhatikan umur dan
hasil penimbangan pada bulan ini.
- c. ibu dan anaknya dipersilakan menuju pe-
meriksaan dan pengobatan balita sakit
- d. pelayanan kesehatan imunisasi , pemberi-
an oralit serta pemberian vitamin A
- e. penyuluhan untuk semua orang tua balita.

137. Seorang perawat sedang melakukan pembi-
naan posyandu di suatu wilayah, dalam men-
jalankan tugasnya selalu memberitahukan
tentang maksud dan tujuannya, dalam hal ini
perawat menyadari bahwa setiap orang ber-
hak untuk mendapatkan penjelasan dan ber-
hak pula untuk menolak .

Apakah aspek legal etik yang sedang dijalan-
kan perawat diatas ?

- a. Respect for autonomi
- b. Non-Maleficence
- c. Confidentiality
- d. Beneficience.
- e. Justice.

138. Seorang perawat komunitas sedang melaku-
kan intervensi pembinaan pada kelompok

ibu balita dengan gizi kurang , dalam melaksanakan tugasnya selalu memberikan yang terbaik, melindungi hak-hak klien , membuat rasa nyaman pada balita serta berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

Apakah aspek legal etik yang dijalankan oleh perawat diatas ?

- a. Confidentiality.
- b. Non-malefiscience
- c. Respect for autonomi.
- d. Beneficience (do good).
- e. Veracity (Truthfullness & honesty)

139. Saat Perawat mengunjungi suatu posyandu ditemukan hasil penimbangan balita menunjukkan 35% balita berada di pita kuning pada KMS. Hasil wawancara pada ibu balita memperoleh data bahwa balita mereka pada umumnya susah makan, dan lebih sering jajan. Ibu tidak menyediakan makanan khusus bagi balita dan tidak paham dengan variasi makanan balita.

Apakah intervensi yang paling utama diberikan oleh Perawat?

- a. Lakukan rujukan ke Puskesmas
- b. Berikan penyuluhan tentang gizi balita
- c. Berikan penyuluhan tentang pertumbuhan balita
- d. Berikan penyuluhan cara mengolah makanan yang baik
- e. Berikan penyuluhan tentang pertumbuhan dan perkembangan balita

140. Hasil survey kesehatan disebuah kelurahan didapatkan data : Dari 100 responden 54% (54 anak) menderita ISPA, 12% (12 anak) imunisasi tidak lengkap dan 2 % menderita TBC (2 anak) Dari 100 responden 34% pengetahuan tentang Gizi balita rendah dan 39% perilaku kurang baik dalam pemenuhan gizi

balita, 34% perilaku kurang baik tentang penyakit infeksi dan 44% kunjungan posyandu balita rendah.

Apakah masalah keperawatan komunitas utama pada kasus diatas ?

- a. Koping ibu balita tidak efektif
- b. Pola pemberian nutrisi yang tidak efektif
- c. Perilaku pencarian pelayanan kesehatan tidak efektif
- d. Resiko peningkatan penyakit infeksi (ispa, diare dan tbc)
- e. Defisiensi pengetahuan dan ketrampilan tentang kesehatan balita

141. Seorang perawat sedang mengkaji sebuah RW dan didapatkan data : 25% dari 60 anak usia sekolah mengeluh sering batuk pilek. Dari data kunjungan pasien di puskesmas terbanyak adalah penyakit ISPA. Selanjutnya perawat akan melakukan tindakan untuk memastikan masalah kesehatan dari keluhan yang dilaporkan dengan melakukan Skrining kesehatan dan Identifikasi resiko

Apakah nama level pencegahan yang dilakukan perawat diatas?

- a. Pencegahan Primer
- b. Pencegahan Tersier
- c. Pencegahan Sekunder
- d. Pemberdayaan (empowerment)
- e. Intervensi profesional keperawatan

142. Hasil pengkajian di sebuah RW didapatkan data masalah kesehatan remaja yaitu. 41 %remaja kurang pengetahuan tentang bahaya merokok, 29 % remaja gemar nongkrong di pinggir jalan. Hasil wawancara terhadap 10 remaja, 6 orang mengatakan merokok karena pengaruh teman sebaya dan 4 orang untuk pergaulan.

Apakah strategi penanganan utama untuk membentuk perilaku sehat pada kasus diatas ?

- a. Kemitraan
- b. Binasuasana
- c. Pemberdayaan
- d. Proses Kelompok
- e. Pendidikan kesehatan

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

Apakah nama level pencegahan yang dilakukan perawat diatas ?

- a. Primer
- b. Sekunder
- c. Tersier
- d. Promotif
- e. Preventif

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

Apakah tindakan yang utama dilakukan perawat yang dilakukan pada kasus tersebut ?

- a. Rujukan
- b. Skrining kesehatan
- c. Manajemen perilaku
- d. Pencatatan insidensi kasus
- e. Proteksi resiko lingkungan.

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

Apakah strategi intervensi yang dilakukan oleh perawat ?

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

146. Hasil pengkajian perawat di suatu RW ditemukan data : 34 % penduduk usia produktif merasakan keluhan seperti pusing, leher kaku dan 50% diantaranya masih memiliki kebiasaan hampir setiap hari mengkonsumsi ikan asin, tidak ada pantangan terhadap makanan serta jarang olah raga.

Apakah masalah keperawatan utama pada kasus diatas ?

- a. Kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan
- b. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan
- c. Ketidakefektifan manajemen kesehatan
- d. Defisiensi pengetahuan masyarakat
- e. Perilaku kesehatan berisiko

147. Hasil pengkajian perawat di suatu RW didapatkan 12 dari 30 lansia menderita hipertensi. Berdasarkan hasil wawancara, lansia mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya, tetapi sulit untuk mematuhi perawatannya. Selanjutnya perawat bermaksud memberikan

informasi tentang perawatan penyakit hipertensi dengan metode diskusi.

Apakah nama level pencegahan yang dilakukan oleh perawat diatas?

- a. prevensi primer
- b. prevensi tersier
- c. proses kelompok
- d. tindakan mandiri
- e. prevensi sekunder



BAB VI
KUNCI JAWABAN, PEMBAHASAN
DAN RUJUKAN LATIHAN SOAL
UJIAN KOMPETENSI NASIONAL
D. III KEPERAWATAN

1. Kunci Jawaban: C**Pembahasan:**

Pasen dengan TBC paru mengalami peradangan pada lapisan parenkhim paru akibat infeksi bakteri *Mikobacterium tuberculosis* yang terbawa melalui droplet. Akibat dari proses infeksi tersebut terjadi pembentukan produksi dahak/sputum yang kental berwarna kehijauan karena bercampur dengan bakteri tersebut atau berwarna kemerahan karena bercampur dengan bercak darah (hemoptoe). Produksi sputum ini merangsang timbulnya batuk yang terus menerus, sehingga terjadilah sesak nafas dan juga dapat menurunkan nafsu makan pasien sehingga berat badan akan menurun (tubuh menjadi kurus). Prioritas kebutuhan pada kasus sesuai dengan vignette adalah pemenuhan kebutuhan oksigen yang diberikan dengan aliran rendah melalui nasal canule.

Rujukan:

Arif Muttaqin (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Pernafasan* (p. 72 – 98), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Abdul Wahid, Imam Suprpto, (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi* (p. 155 – 184), Jakarta, CV. Trans Info Media.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.155 – 163), Jakarta, EGC.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 1 (p.584 – 591), Jakarta, EGC.

2. Kunci Jawaban: D**Pembahasan:**

Pada pasien asthma bronchiale terjadi spasme pada daerah bronkhus akibat dari kontak dengan bahan yang bersifat allergen. Brokospasme dapat menyebabkan penyempitan jalan nafas atas dan pada akhirnya menimbulkan sesak nafas, wheezing dan peningkatan frekuensi nafas. Salah satu intervensi keperawatan yang harus diberikan adalah pemberian posisi tidur yang tepat yaitu posisi high fowler untuk meningkatkan oksigenasi melalui kapasitas pengembangan rongga dada yang maksimal sehingga sesak nafas berkurang.

Rujukan

Arif Muttaqin (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Pernafasan* (p. 172 – 180), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Abdul Wahid, Imam Suprpto, (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi* (p. 61 – 82), Jakarta, CV. Trans Info Media.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.155 – 163), Jakarta, EGC.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 1 (p.584 – 591), Jakarta, EGC.

3. Kunci Jawaban: E**Pembahasan:**

Pasen dengan trauma/benturan pada daerah

dada seringkali mengalami kerusakan jaringan internal di daerah dada termasuk kerusakan dari pembuluh darah dan timbullah perdarahan dari daerah sekitar pleura sehingga darah tersebut akan terkumpul di rongga pleura sehingga terjadilah hemothoraks dan nyeri dada. Adanya hemothoraks akan meningkatkan tekanan udara dalam rongga pleura sehingga pengembangan paru-paru dapat tertekan dan menurun sehingga timbul sesak nafas. Untuk menurunkan tekanan dalam rongga pleura tersebut maka dipasang WSD agar pengembangan paru-paru kembali optimal dan sesak berkurang. Indikator utama dari keefektifan/keberhasilan setelah 3 hari pemasangan WSD adalah tidak ada nya lagi penambahan dari jumlah darah yang tertampung dalam botol WSD, hal ini menunjukkan bahwa darah yang terkumpul dalam rongga pleura sudah tidak ada, sehingga tekanan dalam paru-paru sudah berkurang dan paru-paru dapat berkembang kembali dengan optimal. Dengan demikian sesuai dengan vignette di atas indikator utama keberhasilan pada pasien yang dipasang WSD adalah tidak adanya penambahan jumlah darah dalam botol WSD.

Rujukan

- Arif Muttaqin (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Pernafasan* (p. 150 – 152), Jakarta, PT. Salemba Medika.
- Abdul Wahid, Imam Suprpto, (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi* (p. 155 – 184), Jakarta, CV. Trans Info Media.
- Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.195 – 201), Jakarta, EGC.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 1 (p.671 – 673), Jakarta, EGC.

4. Kunci Jawaban: E

Pembahasan:

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

Dengan demikian menurut vignette maka Kunci Jawaban yang tepat untuk soal di atas adalah option E.

Rujukan:

- Arif Muttaqin (2009). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Kardiovaskuler* (p. 112 – 120), Jakarta, PT. Salemba Medika.
- Palmer Anna and William Bryan, (2007). *Simple Guide: Tekanan darah Tinggi* (p: 14 – 16), Jakarta, Penerbit Erlangga.
- Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 2 (p.896 – 908), Jakarta, EGC.

5. Kunci Jawaban: E**Pembahasan:**

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

Rujukan:

Arif Muttaqin (2009). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Kardiovaskuler* (p. 67 – 73), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Reny Yuli Aspirani, (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Kardiovaskuler: aplikasi NIC dan NOC* (p. 108 – 127), Jakarta, CV. Trans Info Media.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 2 (p.776 – 782), Jakarta, EGC.

6. Kunci Jawaban: C**Pembahasan:**

Pasen gagal jantung mengalami penurunan curah jantung, akibat dari ketidakmampuan jantung memompa darah ke seluruh tubuh, sehingga suplay ke jaringan menurun timbulah sesak nafas dan mudah lelah. Penurunan curah jantung juga menyebabkan peningkatan tekanan hidrostatik pada pembuluh darah kapiler, hal ini mendorong terjadinya ekstrasvasasi cairan dari intra vaskuler ke ekstra vaskuler, sehingga terjadi edema pada ekstremitas.

Rujukan:

Arif Muttaqin (2009). *Asuhan Keperawatan*

Gangguan Sistem Kardiovaskuler (p. 88 – 106), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.52 – 64), Jakarta, EGC.

Reny Yuli Aspirani, (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Kardiovaskuler: aplikasi NIC dan NOC* (p. 151 – 171), Jakarta, CV. Trans Info Media.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 2 (p.805 – 813), Jakarta, EGC.

7. Kunci Jawaban: A**Pembahasan:**

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

Rujukan:

Rudi Haryono (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan* (p.75 – 81), Yogyakarta, Gosyen Publishing.

8. Kunci Jawaban: B**Pembahasan:**

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

Rujukan:

Rudi Haryono (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan* (p.65 – 71), Yogyakarta, Gosyen Publishing.

9. Kunci Jawaban: A**Pembahasan:**

Pada pasien yang terpasang NGT dalam waktu lama, sebelum memberi makan, minum dan memasukan obat perlu dipastikan ketepatan posisi NGT tersebut apakah masih tepat atau sudah bergeser/berubah. Tindakan pertama yang perlu dilakukan perawat untuk memastikan ketepatan posisi NGT tersebut adalah dengan mendengarkan suara udara yang dimasukkan kira-kira 10 – 15 cc ke dalam lambung melalui NGT. Jika terdengar suara dari lambung berarti NGT masih tepat posisi mya di dalam lambung tapi jika sebaliknya berarti posisi nya sudah bergeser dan harus diperbaiki.

Rujukan:

Kozier, Erb, Berman and Snyder, Alih Bahasa: Esty Wahyuningsih, dkk. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: konsep, Proses dan Praktik*, edisi 7, volume 2 (p.786 – 790). Jakarta, EGC.

Perry, Peterson, Potter. (2005). *Buku Saku Keterampilan dan Prosedur Dasar* (p.286 - 292), Jakarta EGC.

10. Kunci Jawaban : C**Pembahasan:**

Pasien post apendectomy hari ke lima dengan kondisi nyeri terasa ringan menunjukkan pasien sudah bisa beradaptasi dengan kondisi nyeri nya. Tetapi dengan keadaan luka yang masih basah maka fokus/prioritas tindakan keperawatan adalah mencegah terjadinya infeksi pada luka dengan melakukan perawatan luka yang steril.

Rujukan:

Rudi Haryono (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan* (p.127 – 134), Yogyakarta, Gosyen Publishing.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.508 – 512), Jakarta, EGC.

11. Kunci Jawaban: D**Pembahasan:**

Pada pasien hepatitis biasa nya keluhan yang sering dirasakan adalah mual, tidak nafsu makan dan lemas. Hal ini disebabkan karena

kegagalan hati dalam melakukan metabolisme lemak dan karbohidrat, akibatnya akan terjadi penurunan berat badan. Untuk itu indikator keberhasilan dari perawatan pasien hepatitis adalah menurunnya mual, meningkatnya nafsu makan dan akhirnya terjadi peningkatan status nutrisi pasien yang salah satunya ditandai dengan peningkatan berat badan pasien.

Rujukan:

- Rudi Haryono (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan* (p. 91 – 99), Yogyakarta, Gosyen Publishing.
- Fransisca B. Batticaca (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Metabolisme*, (p.57 - 68) Jakarta, PT. Salemba Medika
- Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.534 – 543), Jakarta, EGC.

12. Kunci Jawaban: D

Pembahasan:

Pasien dengan batu kandung kemih dapat mengalami iritasi kandung kemih, perdarahan dan menyumbat pengeluaran urine, sehingga kandung kemih akan teraba penuh dan pasien akan merasa kesakitan, gelisah serta berke- ringat dingin karena menahan nyeri. Terkait dengan kondisi sesuai dengan vignette maka prioritas tindakan keperawatan adalah memenuhi pengeluaran urine nya dengan cara pemasangan catheter karena tanpa pemasangan catheter maka akan beresiko terjadi nya penyumbatan kembali pengaliran urine.

Rujukan:

- Arif Muttaqin (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan* (p.202 - 208) Jakarta, PT. Salemba Medika.
- Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.686 – 694), Jakarta, EGC.
- Nursalam (2006). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan* (p.65 – 67), Jakarta, PT. Salemba Medika.
- Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 2 (p.1461 – 1467), Jakarta, EGC.

13. Kunci Jawaban: A

Pembahasan:

Pasien dengan batu kandung kemih dapat mengalami obstruksi saluran kemih sehingga perlu dilakukan operasi pengangkatan batu dan ini dapat memicu terjadinya perdarahan di dalam kandung. Pada hari pertama post operasi urine masih kemerahan karena bercampur dengan bekuan darah (*stool cell*) yang terbawa dari proses pembersihan kandung kemih, sehingga prioritas tindakan perawat sesuai dengan kasus diatas adalah mempertahankan kelancaran irigasi agar tidak terjadi sumbatan pada pengaliran urine melalui catheter.

Rujukan:

- Arif Muttaqin (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan* (p.202 - 208) Jakarta, PT. Salemba Medika.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.686 – 694), Jakarta, EGC.

Nursalam (2006). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan* (p.65 – 67), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 2 (p.1461 – 1467), Jakarta, EGC.

(2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.671 – 685), Jakarta, EGC.

Nursalam (2006). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan* (p.65 – 67), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 2 (p.1625 – 1632), Jakarta, EGC.

15. Kunci Jawaban: D

Pembahasan:

Pada glomerulonefritis terjadi peningkatan permeabilitas membran filtrasi glomerulus, terjadi hypoalbuminemia dan penurunan tekanan osmotik koloid plasma sehingga terjadi ekstrasvasi cairan dari intravaskuler ke interstitial sehingga timbul edema di berbagai bagian tubuh, yaitu edema paru-paru dan edema di seluruh tubuh. Kemudian akan terjadinya penurunan urine output, sehingga ureum dan kreatinin akan meningkat dalam darah. Oleh karena itu masalah utama keperawatan pada kasus di atas adalah kelebihan volume cairan (**Kunci Jawaban D**).

Rujukan:

Arif Muttaqin (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan* (p.202 - 208) Jakarta, PT. Salemba Medika.

Nursalam (2006). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan* (p.65 – 67), Jakarta, PT. Salemba Medika.

14. Kunci Jawaban: E

Pembahasan:

Pasien post operasi pengangkatan prostat biasanya dilakukan pemasangan folley catheter dalam waktu yang cukup lama untuk memenuhi kebutuhan BAK nya dan mencegah terjadi nya obstruksi urine oleh bekuan darah pasca operasi. Tetapi pemasangan folley catheter dalam waktu lama dapat menyebabkan menurunnya refleks BAK dari otot kandung kemih dan hilangnya kontrol spingter urethra eksterna dalam pengeluaran urine (inkontinensia urine), sehingga sebelum dilakukan pelepasan folley catheter pasien prioritas intervensi keperawatan adalah pasien harus dilatih melakukan baldder training untuk mencegah terjadinya inkontinensia urine tersebut.

Rujukan:

Arif Muttaqin (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan* (p.202 - 208) Jakarta, PT. Salemba Medika.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati,

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 2 (p.1438 – 1441), Jakarta, EGC.

16. Kunci Jawaban: C

Pembahasan:

Pada pasien gagal ginjal kronik mengingat secara kondisi patofisiologi ginjal mengalami ketidakmampuan/kegagalan dalam melaksanakan salah satu fungsi eksresi yaitu membentuk dan membuang urine, maka akan timbul berbagai masalah secara sistemik terutama pada kelebihan volume cairan. Kemudian akan terjadinya penurunan urine output, sehingga ureum dan kreatinin akan meningkat dalam darah. Oleh karena itu masalah utama keperawatan pada kasus di atas adalah kelebihan volume cairan (**Kunci Jawaban C**).

Rujukan:

Arif Muttaqin (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan* (p.202 - 208) Jakarta, PT. Salemba Medika.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.626 – 638), Jakarta, EGC.

Nursalam (2006). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan* (p.65 – 67), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 2 (p.1443 – 1456), Jakarta, EGC.

17. Kunci Jawaban : C

Pembahasan:

Pada pasien gagal ginjal kronik mengingat secara kondisi patofisiologi ginjal mengalami ketidakmampuan/kegagalan dalam melaksanakan fungsi eksresi dan non eksresi nya, maka akan timbul berbagai masalah secara sistemik terutama pada kelebihan volume cairan. Untuk itu perlu pembatasan dalam pemberian cairan, yaitu dengan menggunakan rumus sebagai berikut: Jumlah intake = jumlah output + IWL

Dengan rumus tersebut maka dapat diketahui jumlah cairan yang harus diberikan sesuai dengan vignette adalah: urine output 300 cc + IWL.

IWL nya adalah 10 cc x BB 50 Kg (karena suhu tubuh dalam rentang rentang normal, yaitu 36,5 °C sehingga tidak perlu ada penambahan).

Sehingga jumlah cairan maksimal yang boleh diberikan adalah: 300 + 500 = 800 cc

Rujukan:

Arif Muttaqin (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan* (p.202 - 208) Jakarta, PT. Salemba Medika.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.626 – 638), Jakarta, EGC.

Nursalam (2006). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan* (p.65 – 67), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002).

Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 8, volume 2 (p.1443 – 1456), Jakarta, EGC.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 3 (p.2131 – 2144), Jakarta, EGC.

18. Kunci Jawaban: B

Pembahasan:

Pasen stroke infark mengalami penurunan suplai darah ke otak akibat adanya penyumbatan trombus atau embolus sehingga menyebabkan hipoksia jaringan otak, dan kerusakan/ menurun nya fungsi neuron pada bagian wilayah otak tertentu. Hal ini dimanifestasikan dengan penurunan kesadaran (stupor), kehilangan fungsi motorik dan wicara. Penurunan kesadaran dapat menyebabkan hilangnya kontrol terhadap pergerakan lidah dan pengeluaran saliva sehingga pasien akan mengalami sumbatan jalan nafas atas yang dimanifestasikan dengan bunyi nafas ngorok. Semua tanda dan gejala tersebut disebabkan karena kerusakan fungsi neuron di otak akibat dari kurang/tidak adanya suplai darah ke otak. Dengan demikian masalah utama pada pasien stroke infark adalah gangguan perfusi jaringan otak.

Rujukan:

Arif Muttaqin (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem persyarafan* (p.234 – 264), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.290 – 308), Jakarta, EGC.

Fransisca B. Batticaca (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem persyarafan*, (p.55 - 66) Jakarta, PT. Salemba Medika

19. Kunci Jawaban: E

Pembahasan:

Pasen stroke perdarahan mengalami pecah pembuluh darah ke otak akibat tekanan darah yang tinggi, darah akan merembes masuk ke jaringan otak, sehingga terjadilah edema otak dan timbullah peningkatan tekanan intra kranial. Salah satu intervensi keperawatan yang dilakukan adalah memberikan posisi yang tepat, yaitu dengan memposisikan kepala lebih tinggi 15 – 30 derajat dari tubuh pasien. Hal ini dilakukan untuk memperlancar *venous return* dari vena jugularis sehingga tidak menambah berat edema otak, kemudian pada saat yang sama tidak memperberat beban jantung dalam memompa darah ke daerah otak.

Rujukan:

Arif Muttaqin (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem persyarafan* (p.234 – 264), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.290 – 308), Jakarta, EGC.

Fransisca B. Batticaca (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem persyarafan*, (p.55 - 66) Jakarta, PT. Salemba Medika

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*

Brunner & Suddarth, edisi 8, volume 3 (p.2131 – 2144), Jakarta, EGC.

21. Kunci Jawaban: C

22. Kunci Jawaban: D

20. Kunci Jawaban: E

Pembahasan:

Meningitis adalah infeksi pada selaput pembungkus otak (meningen) yang disebabkan oleh karena adanya infeksi mikroorganisme yang terbawa secara hematogen ke dalam meningen. Infeksi ini menyebabkan perubahan dari cairan otak (liquor cerebro spinalis/LCS) yang mengalir pada ruang sub arachnoid. Untuk itu diperlukan pemeriksaan LCS ini dengan cara lumbal punksi. Sebelum tindakan lumbal punksi pasien terlebih dahulu harus diberikan informed consent agar pasien tersebut memahami maksud dan tujuan prosedur ini sehingga pasien bisa kooperatif dan tenang.

Rujukan:

Arif Muttaqin (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem persyarafan* (p.234 – 264), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.308 – 318), Jakarta, EGC.

Fransisca B. Batticaca (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem persyarafan*, (p.55 - 66) Jakarta, PT. Salemba Medika

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 3 (p.2175 – 2176), Jakarta, EGC.

Pembahasan soal no. 21 dan 22 di atas:

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

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

Jumlah skor GCS minimal: 3 dan maksimal: 15

Rujukan:

Arif Muttaqin (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem persyarafan* (p.65 – 66), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Lumbantobing, S.M (2012), *Neurologi klinik: Pemeriksaan fisik dan mental* (p: 8 – 10), Jakarta, FKUI.

23. Kunci Jawaban: D**Pembahasan:**

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

Rujukan:

Arif Muttaqin (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Endokrin*, Jakarta, PT. Salemba Medika.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.726 – 742), Jakarta, EGC.

Rumahorbo H. (1999). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Endokrin* (p.100 – 109), Jakarta, EGC.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 2 (p.1220 – 1263), Jakarta, EGC.

serta rasa lemas dan luka yang sulit sembuh (gangraen). Untuk mengatasi masalah tersebut tim dokter biasanya memberikan injeksi insulin, dengan tujuan untuk menurunkan kadar glukosa darah setelah pasien mendapatkan intake makanan, untuk itu sebelum memberikan injeksi insulin harus dipastikan terlebih dahulu bahwa makanan sudah tersedia berada di meja pasien agar rentang waktu penyuntikan insulin dengan jam makan pasien tepat.

Rujukan:

Arif Muttaqin (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Endokrin*, Jakarta, PT. Salemba Medika.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.726 – 742), Jakarta, EGC.

Rumahorbo H. (1999). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Endokrin* (p.100 – 109), Jakarta, EGC.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 2 (p.1220 – 1263), Jakarta, EGC.

24. Kunci Jawaban: D**Pembahasan:**

Pada Diabetes mellitus terjadi kekurangan/ penurunan produksi hormon insulin oleh sel betha pulau langerhans di pankreas, sehingga terjadi kegagalan dalam menurunkan kadar glukosa darah dan akibat nya terjadi hyperglikemi. Hyperglikemi akan menimbulkan dampak pada berbagai sistem tubuh dan dimanifestasikan dengan rasa lapar (polifagi), haus (polidipsi) dan banyak kencing (poliuria)

25. Kunci Jawaban: E**Pembahasan:**

Penyakit DM berkaitan dengan perilaku seseorang, apalagi pasien yang sudah 7 tahun menderita DM maka hal terpenting dari penatalaksanaan DM adalah perubahan perilaku nya, baik dalam makan (diet), kontrol gula darah, olah raga, dan dalam memakan obat oral DM, sehingga apabila sudah ada kesadaran dan

terjadi perubahan perilaku positif dari pasien tersebut, maka penyakit DM yang diderita nya bisa dikendalikan dan terkontrol dengan baik.

Rujukan:

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.726 – 742), Jakarta, EGC.

Nabyl R.A. (2012). *Panduan Hidup Sehat: mencegah dan mengobati Diabetes Mellitus*, Yogyakarta, Aulia Publishing.

Rumahorbo H. (2014). *Mencegah Diabetes Mellitus dengan Perubahan Gaya Hidup* (p.39 – 41), Bogor, In Media

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 2 (p.1220 – 1263), Jakarta, EGC.

26. Kunci Jawaban: E

Pembahasan:

Pada kasus di atas tampak nya pasien mengalami Goiter/struma nodosa/pembesaran kelenjar gondok, yang mungkin disebabkan oleh adanya peningkatan kerja tiroid (hiperthyroidism), meskipun pada hasil pengkajian tidak tampak, sehingga untuk memastikan jenis gangguan nya maka pemeriksaan lab/diagnor-tik yang diperlukan adalah: pemeriksaan kadar T.3 dan T.4

Rujukan:

Arif Muttaqin (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Endokrin*, Jakarta, PT. Salemba Medika.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.726 – 742), Jakarta, EGC.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 2 (p.1297 – 1313), Jakarta, EGC.

27. Kunci Jawaban: C

Pembahasan:

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

Kriteria hasil pemeriksaan MMT adalah:

- Normal (5) mampu bergerak dengan luas gerak sendi penuh, melawan gravitasi, dan melawan tahanan maksimal.
- Good (4) mampu bergerak dengan luas gerak sendi penuh, melawan gravitasi, dan melawan tahanan sedang (moderat).
- Fair (3) mampu bergerak dengan luas gerak sendi penuh dan melawan gravitasi tanpa tahanan.

- Poor (2) mampu bergerak dengan luas gerak sendi penuh tanpa melawan gravitasi.
- Trace (1) tidak ada gerakan sendi, tetapi kontraksi otot dapat dipalpasi
- Zero (0) kontraksi otot tidak terdeteksi dengan palpasi

Rujukan:

Arif Muttaqin (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem muskuloskeletal* (p.57 – 58), Jakarta, EGC.

28. Kunci Jawaban: E.

Pembahasan:

Pada pasien fraktur yang telah di operasi pemasangan plat maka kaki tersebut harus diimmobilisasi dulu dan ketika berjalan tidak boleh diberikan beban berlebihan atau ketika berjalan harus diberikan tumpuan dengan menggunakan kruk tersebut, sehingga beban tubuh pasien tidak langsung bertumpu pada kaki tersebut atau dialihkan kepada kruk. Hal ini dimaksudkan agar kaki yang baru dioperasi tidak harus menahan beban tubuh secara keseluruhan karena sedang dalam proses penyembuhan tulang, dengan demikian proses penyembuhan tulang nya dapat berjalan baik dan sempurna.

Rujukan:

Abdul Wahid (2013). *Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem muskuloskeletal* (p.1 – 58), Jakarta, Trans Info Media.

Arif Muttaqin (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem muskuloskeletal* (p.68 – 97), Jakarta, EGC.

Kozier, Erb, Berman and Snyder, Alih Bahasa: Esti Wahyuningsih, dkk. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: kon-*

sep, proses dan praktik. Edisi 7, volume 2 (p. 649 -653). Jakarta, EGC.

Suratun, Heryati, Santa Manurung, Een Raenah, (2008). *Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem muskuloskeletal* (p.195 – 204), Jakarta, EGC.

29. Kunci Jawaban: A

Pembahasan:

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

Rujukan:

Arif Muttaqin (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem muskuloskeletal* (p.334 – 347), Jakarta, EGC.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 2 (p.2344 – 2346), Jakarta, EGC.

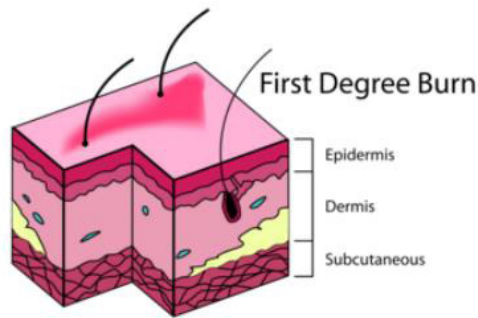
30. Kunci Jawaban : B

Pembahasan:

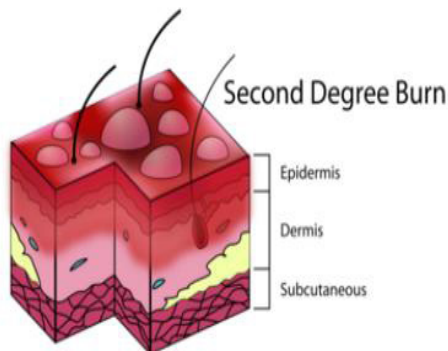
Derajat luka bakar ditentukan berdasarkan kedalaman kerusakan jaringan yang diakibatkan oleh trauma panas. Hal ini sangat tergantung pada intensitas panas dan lamanya panas mengenai tubuh serta proses rambatan panas pada jaringan tubuh. Berikut klasifikasi luka bakar berdasarkan grade luka bakar :

1. Luka bakar grade I (superficial burn)Kerusakan jaringan terbatas pada kulit lapisan

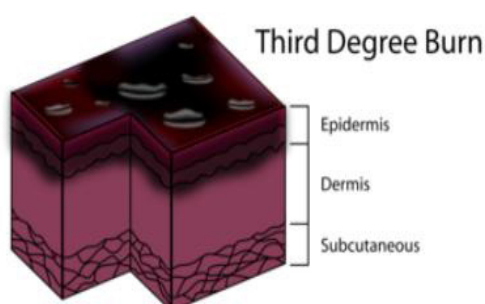
epidermis, secara klinis kulit tampak merah, kering dan terasa sakit.



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



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



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

Rujukan:

Arif Muttaqin, Kumala Sari (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem integumen* (p.200 – 227), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Christanti Effendi (1999). *Perawatan Pasien Luka Bakar* (p.1 – 46), Jakarta, PT. Salemba Medika

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.809 – 825), Jakarta, EGC.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 3 (p.1912 – 1958), Jakarta, EGC.

31. Kunci Jawaban: B.

Pembahasan:

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

ingkatan permeabilitas kapiler menyebabkan plasma pindah ke ruang interstisial. Dalam 48 jam pertama setelah kejadian, perubahan cairan menyebabkan hypovolemia dan jika tidak di tanggulasi dapat menyebabkan pasien jatuh pada shock hypovolemia, penurunan urine output dan tanda-tanda vital.

Dengan demikian prioritas utama rencana keperawatan sesuai dengan vignette adalah melakukan segera rehidrasi cairan untuk mencegah kematian dengan cepat akibat kekurangan cairan.

Rujukan:

- Arif Muttaqin, Kumala Sari (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem integumen* (p.200 – 216), Jakarta, PT. Salemba Medika.
- Christanti Effendi (1999). *Perawatan Pasien Luka Bakar* (p.1 – 46), Jakarta, PT. Salemba Medika
- Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.809 – 825), Jakarta, EGC.
- Rospa Hetharia, (2009). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Integumen* (p. 54 – 90). Jakarta. Trans Info Media
- Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 3 (p.1912 – 1958), Jakarta, EGC.

32. Kunci Jawaban: D

Pembahasan:

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

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

Rujukan:

- Arif Muttaqin, Kumala Sari (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem integumen* (p.200 – 227), Jakarta, PT. Salemba Medika.
- Christanti Effendi (1999). *Perawatan Pasien Luka Bakar* (p.36 – 46), Jakarta, PT. Salemba Medika.
- Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.809 – 825), Jakarta, EGC.
- Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 3 (p.1912 – 1958), Jakarta, EGC.

33. Kunci Jawaban: A

Pembahasan:

Pada dermatitis terjadi peradangan pada kulit yang dipicu oleh adanya kontak dengan yang bersifat allergen. Manifestasi klinik yang muncul antara lain: gatal-gatal pada kulit, bruntus kemerahan, krusta, dll. Adanya krusta menimbulkan ketidaknyamanan dan menghambat perbaikan pada kulit sehingga perlu dibersihkan dan dirawat dengan baik. Proses pem-

bersihkan krusta pada kulit dilakukan dengan kompress basah terbuka untuk memudahkan dan mempercepat lepasnya krusta dari kulit.

Rujukan:

Arif Muttaqin, Kumala Sari (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem integumen* (p.200 – 227), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Rospa Hetharia, (2009). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Integumen* (p. 54 – 90). Jakarta. Trans Info Media

34. Kunci Jawaban: B

Pembahasan:

Pasen anemia mengalami kekurangan kadar hemoglobin dalam darah nya akibat berbagai penyebab. Untuk mengatasi nya dilakukan pemberian transfusi darah. Ketika seseorang yang sedang ditransfusi menunjukkan tanda dan gejala pusing, menggigil, dan gata-gatal, hal ini menunjukkan bahwa pasien tersebut mengalami alergi sehingga langkah pertama yang harus dilakukan perawat adalah menghentikan dulu transfusi darah nya untuk mencegah reaksi alergi yang lebih berat.

Rujukan:

Arif Muttaqin (2009). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Kardiovaskuler* (p. 88 – 106), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Reny Yuli Aspirani, (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Kardiovaskuler: aplikasi NIC dan NOC* (p. 151 – 171), Jakarta, CV. Trans Info Media.

35. Kunci Jawaban: E

Pembahasan:

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

Rujukan:

Nursalam, Ninuk Dian Kurniawati (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS* (p.14 – 34), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Setyoadi, Endang Triyanto (2012). *Strategi Pelayanan Keperawatan bagi Penderita AIDS* (p. 63 – 81). Yogyakarta, Grha Ilmu.

Arif Muttaqin, Kumala Sari (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem integumen* (p.200 – 227), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.826 – 835), Jakarta, EGC.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 3 (p.1714 – 1752), Jakarta, EGC.

36. Kunci Jawaban: E

Pembahasan:

Berdasarkan vignette soal di atas kondisi pasien sudah dalam keadaan terminal, dalam keadaan seperti itu pasien memerlukan per-

awatan palliative, lebih butuh dukungan psikologis dan spiritual agar pasien dapat tabah, bisa mengambil hikmah dari kehidupan yang sudah dijalani dan memiliki harapan yang realistis terhadap kesembuhan penyakitnya.

Rujukan:

Nursalam, Ninuk Dian Kurniawati (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS* (p.14 – 34), Jakarta, PT. Salemba Medika.

Doengoes, Moorhouse, Geissler, alih Bahasa: I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, edisi 3 (p.826 – 835), Jakarta, EGC.

Setyoadi, Endang Triyanto (2012). *Strategi Pelayanan Keperawatan bagi Penderita AIDS* (p. 63 – 81). Yogyakarta, Grha Ilmu.

Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare, alih Bahasa: Agung Waluyo, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, volume 3 (p.1714 – 1752), Jakarta, EGC

Anas Tamsuri (2012). *Klien Gangguan Mata dan Penglihatan* (p.53 – 70), Jakarta, EGC.

Indriana N. Istiqomah (2001). *Asuhan Keperawatan Gangguan Pada Mata* (p.19 – 39), Jakarta, EGC.

38. Kunci Jawaban: D

Pembahasan:

Pada pasien post operasi katarak ada beberapa hal yang harus dihindari agar tidak menimbulkan komplikasi yaitu: peningkatan tekanan bola mata, infeksi dan ablatis retina. Melihat vignette pada kasus di atas, pasien tampak belum tahu tentang perawatan post operasi katarak sehingga tampak bingung dan banyak bertanya.

Rujukan:

Anas Tamsuri (2012). *Klien Gangguan Mata dan Penglihatan* (p.53 – 70), Jakarta, EGC.

Indriana N. Istiqomah (2001). *Asuhan Keperawatan Gangguan Pada Mata* (p.19 – 39), Jakarta, EGC.

37. Kunci Jawaban : E

Pembahasan:

Pasien katarak keluhan umumnya adalah penurunan ketajaman penglihatan (visus). Untuk memeriksanya dilakukan test snellen chart, jika dengan snellen chart tidak bisa dinilai maka menggunakan gerakan tangan dan atau menggunakan rangsangan cahaya (penlight). Interpretasi dari hasil pemeriksaan visus jika pasien hanya bisa melihat cahaya maka nilainya adalah 1/~.

Rujukan:

39. Kunci Jawaban: D

Pembahasan:

Untuk memeriksa ketajaman pendengaran salah satunya dapat dilakukan dengan test uji garpu. Secara singkat test garpu tala adalah sebagai berikut :

1. Uji Rinne :

- a. Garpu tala divibrasikan
- b. Pangkal garpu tala diletakkan pada mastoid pasien
- c. Pindahkan garpu tala ke depan ke depan

telinga, jika pasien sudah tak merasa getaran pada mastoid

- d. Catat hasil test :
- (+) jika setelah dipindahkan klien masih mendengar bunyi garpu tala.

(-) jika setelah dipindahkan klien tidak mendengar bunyi.

2. Uji Weber :

- Garpu tala divibrasikan
- Pangkal garpu tala diletakkan pada garis simetris kepala (biasanya di dahi, gigi seri, atau ubun-ubun).
- Tanyakan pasien merasakan getaran lebih keras yang sebelah mana
- Catat hasil test :
 - 1) Lateralisasi ke kanan, jika kanan lebih merasakan getaran
 - 2) Lateralisasi ke kiri, jika kiri lebih merasakan getaran.

3. Uji Schwabach :

- Garpu tala divibrasikan
- Pangkal garpu tala diletakkan pada mastoid pasien sampai pasien tidak mendengar
- Pindahkan pangkal garpu tala pada mastoid pemeriksa
- Catat hasil test :
 - 1) Memendek, jika pemeriksa masih mendengar
 - 2) Jika pemeriksa juga tak mendengar, lakukan test balik (uji pemeriksa dulu, kemudian pasien).
 - Jika pemeriksa sudah tak dengar, tapi pasien masih dengar à test Schwabach memanjang.
 - Jika pemeriksa sudah tak dengar dan pasien juga tak dengar à pa-

sien dalam keadaan normal.

Rujukan:

Rospa Heltharia, Sri Mulyani (2002). *Klien Keperawatan Gangguan THT* (p.29 – 34), Jakarta, Trans Info Media.

40. Kunci Jawaban: B

Pembahasan:

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

Rujukan:

Rospa Heltharia, Sri Mulyani (2002). *Klien Keperawatan Gangguan THT* (p.43 – 70), Jakarta, Trans Info Media.

41. Kunci Jawaban : E

Pembahasan :

Melanocyte Stimulating Hormone (MSH) yang akan mengakibatkan terjadinya perubahan pada kulit terutama deposit pigmen dan hiperpigmentasi. Chloasma (melasma) sering dikenal dengan topeng kehamilan karena menimbulkan pigmentasi kulit muka terutama di sekitar pipi. Melasma berkaitan dengan perubahan hormonal karena muncul pada sebagian besar ibu pada masa hamil. Bila setelah persalinan perubahan warna kulit pada ibu hamil terutama pada wajah yang akan hilang.

Rujukan :

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K.

Alih Bahasa: Felicia & Anesia (2013).
Keperawatan Maternitas Buku I. Ed 8.
 (Bab 6). Jakarta: Salemba Medika.

Wilkinson, J.M., Ahern, N.R. Alih bahasa,
 Esty Wahyuningsih (2011). *Buku Saku
 Diagnosis Keperawatan: Diagnosis
 NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil
 NOC* Edisi 9. Jakarta: EGC

42. Kunci Jawaban : C

Pembahasan :

Setelah implantasi atau perlekatan hasil konsepsi di dinding rahim, kadar hCG (Human Chorionic Gonadotropin) meningkat, hCG dapat dideteksi dalam urin ibu sekitar waktu pertama tidak terjadi menstruasi atau 2 minggu setelah ovulasi dan konsepsi selain itu tidak membutuhkan waktu lama dan biaya murah.

Rujukan :

Reeder, S.J., Martin, L.L., Griffin, D.K. Alih Bahasa, Yati Afyanti, et. al (2011). *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi, & Keluarga* Volume 1. (Bab 15), Jakarta: EGC.

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. Alih Bahasa: Felicia & Anesia (2013). *Keperawatan Maternitas* Buku I. Ed 8. (Bab 6), Jakarta: Salemba Medika.

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. Alih Bahasa: Felicia & Anesia (2013). *Keperawatan Maternitas* Buku I. Ed 8. (Bab 6). Jakarta: Salemba Medika.

44. Kunci Jawaban : A

Pembahasan :

Menghitung TP (taksiran persalinan) menggunakan rumus Neagle dengan cara (HPHT + 7 hari) (Bulan – 3) (Tahun + 1). sehingga $(18 + 7)(10 - 3)(2017 + 1) = 25 \text{ Juli } 2018$. Maka TP adalah 25 Juli 2018.

Rujukan :

Kennedy, B.B., Ruth, D.J., Martin, E.J. Alih Bahasa, Esty Wahyuningsih (2013). *Modul Manajemen Intrapartum*, Modul 4. Edisi 4. Jakarta: EGC.

43. Kunci Jawaban : A

Pembahasan :

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

Rujukan :

45. Kunci Jawaban : E

Pembahasan :

Rumus McDonald :

$TFU \text{ (cm)} \times \frac{2}{7} = \text{usia kehamilan dalam bulan}$

$TFU \text{ (cm)} \times \frac{8}{7} = \text{usia kehamilan dalam minggu}$

Sehingga : $TFU 28 \text{ cm} \times \frac{8}{7} = 32 \text{ minggu}$

Rujukan :

Reeder, S.J., Martin, L.L., Griffin, D.K. Alih Bahasa: Yati Afyanti, et.al (2011). *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita*,

Bayi, & Keluarga, Volume 1. (Bab 17).
Jakarta: EGC.

46. Kunci Jawaban : B

Pembahasan :

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

Rujukan :

Reeder, S.J., Martin, L.L., Griffin, D.K. Alih Bahasa: Yati Afyanti, et.al (2011). *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi, & Keluarga*, Volume 1. (Bab 31). Jakarta: EGC.

47. Kunci Jawaban : B

Pembahasan :

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

Rujukan :

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. Alih Bahasa: Felicia & Anesia (2013). *Keperawatan Maternitas* Buku I. Ed 8. (Bab 21). Jakarta: Salemba Medika.

48. Kunci Jawaban : C

Pembahasan :

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

Rujukan :

Reeder, S.J., Martin, L.L., Griffin, D.K. Alih Bahasa: Yati Afyanti, et.al (2011). *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi, & Keluarga*, Volume 1. (Bab 31). Jakarta: EGC.

49. Kunci Jawaban : B

Pembahasan :

Nyeri persalinan dialami karena dilatasi serviks dan segmen bawah uterus, ibu mengeluh nyeri, tampak meringis kesakitan, dan ibu berada pada kala I yaitu mulainya his/kontraksi sampai pembukaan lengkap.

Rujukan :

Wilkinson, J.M., Ahern, N.R. Alih bahasa, Esty Wahyuningsih (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan: Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC* Edisi 9. Jakarta: EGC

Kennedy, B. B., Ruth, D.J., Martin, E.J. Alih Bahasa: Esty Wahyuningtias (2013). *Modul Manajemen Intrapartum*. (Modul 1). Edisi 4. Jakarta: EGC.

50. Kunci Jawaban : B

Pembahasan :

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

Rujukan :

(Bab 9 dan 13). Jakarta: Salemba Medika.

Kennedy, B. B., Ruth, D.J., Martin, E.J. Alih Bahasa: Esty Wahyuningtias (2013). *Modul Manajemen Intrapatum*. (Modul 1). Edisi 4. Jakarta: EGC.

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. Alih Bahasa: Felicia & Anesia (2013). *Keperawatan Maternitas* Buku I. Ed 8. (Bab 9). Jakarta: Salemba Medika.

51. Kunci Jawaban : A

Pembahasan :

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

Rujukan :

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. Alih Bahasa: Felicia & Anesia (2013). *Keperawatan Maternitas* Buku I. Ed 8. (Bab 9). Jakarta: Salemba Medika.

52. Kunci Jawaban : D

Pembahasan :

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

Rujukan :

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

53. Kunci Jawaban : B

Pembahasan :

Ibu post partum sangat membutuhkan nutrisi seimbang untuk pemulihan kondisi kesehatan ibu post partum, persepsi yang salah terkait nutrisi yang dibutuhkan sangat mungkin terjadi.

Rujukan :

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. Alih Bahasa: Felicia & Anesia (2013). *Keperawatan Maternitas* Buku I. Ed 8. (Bab 14). Jakarta: Salemba Medika.

Reeder, S.J., Martin, L.L., Griffin, D.K. Alih Bahasa: Yati Afyanti, et.al (2011). *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi, & Keluarga*, Volume 1. (Bab 27). Jakarta: EGC.

54. Kunci Jawaban : E

Pembahasan :

Memberikan informasi tentang perawatan bayi baru lahir merupakan intervensi keperawatan yang tepat untuk mengatasi kurang pengetahuan pada ibu yang baru pertama kali melahirkan.

Rujukan :

Reeder, S.J., Martin, L.L., Griffin, D.K. Alih Bahasa: Yati Afyanti, et.al (2011). *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi, & Keluarga*, Volume 1. (Bab 27). Jakarta: EGC.

55. Kunci Jawaban : B**Pembahasan :**

Tindakan massage pada uterus dapat merangsang kontraksi uterus dengan cara melakukan massage ringan pada uterus.

Rujukan :

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K.
Alih Bahasa: Felicia & Anesia (2013).
Keperawatan Maternitas Buku I. Ed 8.
(Bab 14). Jakarta: Salemba Medika.

56. Kunci Jawaban : D**Pembahasan :**

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

Rujukan :

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K.
Alih Bahasa: Felicia & Anesia (2013).
Keperawatan Maternitas Buku I. Ed 8.
(Bab 16). Jakarta: Salemba Medika.

57. Kunci Jawaban : E**Pembahasan :**

Kontak awal sedini mungkin antara ibu dan bayi baru lahir penting dalam membentuk hubungan atau ikatan dimasa depan selain itu

memiliki efek positif dan memberikan keuntungan fisiologis.

Rujukan :

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K.
Alih Bahasa: Felicia & Anesia (2013).
Keperawatan Maternitas Buku I. Ed 8.
(Bab 17). Jakarta: Salemba Medika.

58. Kunci Jawaban : A**Pembahasan :**

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

Rujukan :

Rasjidi, I. (2008). *Manual Pra kanker Serviks*.
Edisi pertama. Jakarta: Sagung Seto

59. Kunci Jawaban : C**Pembahasan :**

Pemeriksaan PAP smear sangat dianjurkan bagi perempuan yang telah secara aktif melakukan hubungan seksual, yang merupakan tes yang dapat memeriksa keadaan sel-sel serviks dan vagina.

Rujukan :

Rasjidi, I. (2008). *Manual Prakanker Serviks*.
Edisi pertama. Jakarta: Sagung Seto

60. Kunci Jawaban : B**Pembahasan :**

Rumus perkiraan Berat badan (Kg)

Berat badan bayi baru lahir : 2,5 Kg – 3,5 Kg

Berat badan < 1 tahun : $\frac{\text{Usia (bulan)} + 9}{2}$

2

Berat badan 1 tahun : 3 X BB lahir

Berat badan 2-6 tahun : $2n + 8$

Berat badan 6-12 tahun: $\frac{n \times 7 - 5}{2}$

2

Rujukan :

Kholid Rosyidi (2013). *Prosedur Praktek Keperawatan*, Jilid 1, Jakarta : TIM

61. Kunci Jawaban : D

Pembahasan :

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

Rujukan :

Azis Alimut (2012). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*, Jakarta : Salemba Medika

Vivian Nanny (2010). *Asuhan Neonatus, bayi dan anak balita*, Jakarta : Salemba Medika

62. Kunci Jawaban : E

Pembahasan :

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

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

Rujukan :

Mary E Muscari (2005). *Panduan Belajar : Keperawatan Pediatrik*, Jakarta : EGC

63. Kunci Jawaban : A

Pembahasan :

Kotak mainan warna warni memfasilitasi perkembangan motorik halus pada bayi usia 4-6 bulan . balon karet gas merupakan kontra indikasi diberikan kepada bayi karena berbahaya dapat mengaspirasi balon tersebut. Mata boneka beruang terbuat dari kacing , jika terlepas dapat teraspirasi sehingga mainan ini juga tidak aman bagi bayi. Bayi usia 5 bulan terlalu kecil untuk mendapatkan mainan mobil mobilan dengan remote control dan truk kayu yang ditarik

Rujukan :

Mary E Muscari (2005). *Panduan Belajar : Keperawatan Pediatrik*, Jakarta : EGC

64. Kunci Jawaban : A

Pembahasan :

Jika prosedur traumatic /tindakan yang menimbulkan anak tidak nyaman /nyeri dilakukan awal tindakan , hal ini akan menimbulkan trauma pada anak , sehingga untuk pemeriksaan berikutnya anak akan menolak.

Rujukan :

Mary E Muscari (2005). *Panduan Belajar : Keperawatan Pediatrik*, Jakarta : EGC

65. Kunci Jawaban : B

Keperawatan Pediatrik, Jakarta : EGC

Pembahasan :

Saat anak masuk dan dirawat dirumah sakit hal ini akan menyebabkan kecemasan dan stress fisik dan psikologis baik bagi anak dan keluarganya .Asuhan atraumatic adalah sebagai asuhan terapeutik yang meminimalkan atau menghilangkan distress psikologis dan fisik yang dialami oleh anak dan keluarganya. Salah satu langkah yang dilakukan adalah menurunkan dan mencegah dampak perpindahan anak dari keluarganya dengan memberi kesempatan orang tua menemani saat anak dirawat.

Rujukan :

Terri Kyle & Susan Carman (2015). *Buku Ajar Pediatrik* Vol 1 , Jakarta : EGC

66. Kunci Jawaban : E**Pembahasan :**

Perhatian remaja yang di hospitalisasi berfokus pada : perubahan citra tubuh , berpisah dengan teman sebaya, penyakit sebagai hukuman, dan kebebasannya menjadi terbatas. Sehubungan hal tersebut seringkali reaksi hospitalisasi pada anak remaja menjadi kehilangan kendali yang berhubungan dengan kehilangan identitas , kemungkin menyebabkan remaja berespon dengan penolakan, tidak mau kerjasama marah atau frustrasi. Dengan memberi kesempatan remaja untuk mengungkapkan kecemasannya , sehingga perawat dapat menentukan dengan tepat pendekatan yang harus dilakukan dalam mengatasi reaksi hospitalisasi remaja tersebut.

Rujukan :

Mary E Muscari (2005). *Panduan Belajar :*

67. Kunci Kunci Jawaban : D**Pembahasan :**

Mantoux test /test tuberculin adalah test yang digunakan untuk mendeteksi berkembangnya mycobacterium tuberculosis . test ini merupakan pemeriksaan diagnostic dengan menyuntikkan Purified Protein derivate (PPD) secara intra dermal. Hasil maksimal akan teramati setelah 48-72 jam . Indurasi dengan diameter 10 mm atau lebih menandakan hasil positif.

Rujukan :

Asmadi (2009). *Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*, Jakarta : Salemba Medika

68. Kunci Jawaban : B**Pembahasan.**

Dengan tehnik perkusi tangan melekuk lokasi pukulan lebih focus /tepat dan tindakan ini tidak mengakibatkan anak kesakitan seperti jika kita melakukan perkusi dengan telapak tangan terbuka . Pemukulan ritmik pada dinding dada dan punggung , tujuannya melepaskan lender atau sekret-sekret yang menempel pada dinding pernafasan dan memudahkan mengalir ke tenggorokan. Hal ini lebih memudahkan anak mengeluarkan lendirnya .

Rujukan .

Kholid Rosyidi (2013). *Prosedur praktik Keperawatan* jilid.1, Jakarta : TIM

69. Kunci Jawaban : C**Pembahasan .**

Botol humidifier berisikan aquabides yang berfungsi untuk melembabkan oksigen saat dialirkan ke system bernafasan, hal ini dapat mencegah terjadinya iritasi akibat aliran oksigen yang memiliki sifat kering . Oleh karena itu selama prosedur pemberian oksigen botol humidifier harus terisi aquabidest sesuai dengan batasan atas maupun bawah yang tertera pada botol tersebut.

Rujukan .

Kholid Rosyidi (2013). *Prosedur praktik Keperawatan* jilid.1, Jakarta : TIM

70. Kunci Jawaban : A**Pembahasan**

Pendidikan dan penguatan yang diberikan kepada orang tua tentang program pengobatan dan risiko bila pengobatan dihentikan akan meningkatkan kepatuhan dan menurunkan resiko kegagalan akibat deficit pengetahuan.

Rujukan :

Kathleen Morgan Speer (2008). *Rencana Asuhan Keperawatan Pediatrik* Edisi 3, Jakarta : EGC

71. Kunci Jawaban : E**Pembahasan :**

Jika sudut penusukan lebih dari 10-15 °, maka penyuntikan akan terlalu dalam. Melakukan penyuntikan dengan bevel menghadap keatas akan memudahkan penusukan jarum .

Rujukan :

Asmadi (2009). *Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*, Jakarta : Salemba Medika

72. Kunci Jawaban : E**Pembahasan.**

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

Rujukan:

Asmadi (2009). *Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*, Jakarta : Salemba Medika

73. Kunci Jawaban : A**Pembahasan :**

Bayi dan anak-anak yang lebih kecil akan mengalami kehilangan cairan yang tidak tampak. Mengukur BB harian adalah cara yang paling akurat untuk mengukur peningkatan atau kehilangan cairan pada anak. Memantau asupan dan haluran, memeriksa nilai elektrolit , mengkaji turgor kulit merupakan intervensi penting, namun tidak dapat mengukur atau menghitung kehilangan cairan yang tidak ta-

mak. Sedangkan pengukuran lingkaran perut dan lengan atas lebih tepat digunakan untuk mengetahui status nutrisi bayi /anak.

Rujukan :

Mary E Muscari (2005). *Panduan Belajar : Keperawatan Pediatrik*, Jakarta : EGC

74. Kunci Jawaban : E

Pembahasan:

Prioritas dalam menangani anak kejang adalah menjamin keamanan dan perlindungan dari cedera. Dengan posisi anak ditidurkan miring dan dapat mencegah anak dari aspirasi cairan /sisa makanan yang dapat masuk ke dalam paru-paru saat kejang . Dengan ditemani orang tua saat anak mendapat serangan kejang, orang tua dapat mengobservasi dan mendokumentasikan kejadian kejang tersebut sehingga dapat dilaporkan kepada dokter sebagai data yang dibutuhkan untuk menentukan terapi.

Rujukan :

Mary E Muscari (2005). *Panduan Belajar : Keperawatan Pediatrik*, Jakarta : EGC

75. Kunci Jawaban : A

Pembahasan:

Pemahaman tentang pentingnya pengobatan yang konsisten dapat meningkatkan kepatuhan minum obat. Mengetahui efek samping potensial dapat mengarahkan orang tua untuk meminta bantuan medis jika diperlukan.

Rujukan :

Cathyl Morgan Speer (2008). *Rencana Asuhan Keperawatan Pediatrik* (hal: 93), Jakarta : EGC

76. Kunci Jawaban : C

Pembahasan :

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

Rujukan:

Stuart, Gail. (2006). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC

Smeltzer & Bare. (2002). *Modul Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC

77. Kunci Jawaban: A

Pembahasan :

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

Rujukan :

PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, hal 268. Edisi I. Jakarta : DPP- PPNI

78. Kunci Jawaban : E

Pembahasan :

Sesuai dengan vignete di atas ada kata kunci yaitu , bicara sendiri, tertawa sendiri, maka pilihan Kunci Jawaban yang tepat yaitue karena tindakan pemberian obat psikotik dan cara bercakap-cakap dapat memutuskan halusinasi serta mengontrol halusinasi pasien.

Rujukan :

Townsend, Mary. (2003). *Buku Saku Pedoman Obat Dalam Keperawatan Psikiatri*. Jakarta : EGC

Keliat, dkk. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas* modul 9, Jakarta : EGC

79. Kunci Jawaban: B

Pembahasan :

Sesuai dengan vignete di atas ada kata kunci yaitu perilaku mengkritik diri dan orang lain, produktifitasnya menurun, pesimis menghadapi hidup, pilihan a karena tindakan utama yang dilakukan perawat pada kasus di atas yaitu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien.

Rujukan :

Keliat, dkk. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas, Basic course.*, modul 7. Jakarta : EGC

80. Kunci Jawaban: D

Pembahasan :

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

lu tentang pentingnya perawatan kebersihan diri.

Rujukan:

Stuart, G.W. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa* Edisi 5. Jakarta : EGC

Keliat, dkk. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas, Basic course.*, modul 13. Jakarta : EGC

81. Kunci Jawaban : E

Pembahasan :

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

Rujukan:

Keliat.B.A.dkk. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*, modul 11 Jakarta : EGC

82. Kunci Jawaban : C

Pembahasan :

Sesuai dengan vignete di atas ada kata kunci di rumah pasien marah-maraha, merusak barang dan mengancam, sudah 2 bulan sejak ia diceraikan oleh suaminya,pilihan cperilaku kekerasan karena sudah sesuai dengan tanda gejala mayor Peilaku Kekerasan

Rujukan:

PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, hal 288. Edisi I. Jakarta : DPP- PPNI

Keliat, dkk. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta : EGC

Stuart, G.W. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Edisi 5. Jakarta : EGC

83. Kunci Jawaban: A

Pembahasan :

Pilihan (B, C, D dan E) kurang tepat karena salah satu indikasi dari terapi lormetazepam dan diazepam injeksi yaitu memberikan efek penenang sehingga Kunci Jawaban yang paling adalah pilihan (A)

Rujukan:

Stuart, Gail. (2003). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC

Adi Djuanda, S.K. (2009). *MIMS*. Jakarta : PT Info Master

84. Kunci Jawaban: B

Pembahasan :

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

Rujukan:

Keliat.B.A.dkk. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas, basic course.*, Ja-

karta: EGC

Yosep, I & Sutini, T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama

85. Kunci Jawaban : E

Pembahasan

Kriteria prioritas masalah adalah : Masalah yang mengancam kehidupan merupakan prioritas utama, masalah yang mengancam kesehatan merupakan prioritas kedua dan masalah yang mempengaruhi perilaku merupakan prioritas ketiga.

Rujukan :

Nursalam (2011), *Manajemen Keperawatan* (hal. 125), Jakarta : Salemba Medika

86. Kunci Jawaban : C

Pembahasan:

Problem diisi diagnose keperawatan, tujuan, dan kriteria hasil

Rujukan :

Nursalam (2011), *Manajemen Keperawatan* (hal. 121), Jakarta : Salemba Medika

87. Kunci Jawaban : C

Pembahasan

Menentukan prioritas masalah merupakan langkah selanjutnya setelah pengkajian data dan menetapkan diagnosis keperawatan dan merupakan bagian dari perencanaan asuhan keperawatan

Rujukan :

Nursalam (2011), *Manajemen Keperawatan*
(hal. 125), Jakarta : Salemba Medika

88. Kunci Jawaban : B

Pembahasan :

Yang dimaksud dengan kategori partial care adalah:

- dibantu dalam kebersihan diri, makan-minum dan Ambulasi
- Observasi tanda vital dalam 4 jam
- Pengobatan lebih dari satu kali
- pakai kateter foley
- Dipasang infus, intake out put dicatat
- Pengobatan perlu prosedur.

Rujukan :

Nursalam (2011), *Manajemen Keperawatan*
(hal. 181), Jakarta : Salemba Medika

89. Kunci Jawaban : D

Pembahasan:

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

Rujukan :

Nursalam (2011), *Manajemen Keperawatan*
(hal. 146), Jakarta : Salemba Medika

90. Kunci Jawaban : C

Pembahasan :

Metode Primer adalah: dimana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Mendorong praktik kemandirian perawat, ada kejelasan antara pembuat rencana asuhan dan pelaksana. Metode primer ini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus menerus antara pasien dan perawat yang digunakan untuk merencanakan, melakukan, dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat.

Rujukan :

Nursalam (2011), *Manajemen Keperawatan*
(hal. 174 - 175), Jakarta : Salemba Medika

91. Kunci Jawaban : D

Pembahasan :

Tanggung jawab ketua Tim adalah :

- Membuat perencanaan
- Membuat penugasan, supervise dan Evaluasi
- Mengenal/mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan pasien
- Mengembangkan kemampuan anggota
- Menyelenggarakan conference

Rujukan :

Nursalam (2011), *Manajemen Keperawatan*
(hal. 172), Jakarta : Salemba Medika

92. Kunci Jawaban : A

Pembahasan

Perawat Assosiet adalah perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan yang sdh dibuat perencanaannya oleh perawat primer dan melaporkan asuhan keperawatan yang sdh dilaksanakannya.

Rujukan :

Nursalam (2011), *Manajemen Keperawatan* (hal. 148), Jakarta : Salemba Medika

93. Kunci Jawaban : E

Pembahasan

Tanggung jawab anggota tim adalah Memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang menjadi tanggung jawabnya, Kerjasama dengan anggota tim dan antar tim dan memberikan laporan.

Rujukan :

Nursalam (2011), *Manajemen Keperawatan* (hal. 134), Jakarta : Salemba Medika

94. Kunci Jawaban : C

Pembahasan

Tujuan timbangan terima adalah : Menyampaikan kondisi atau keadaan secara umum pasien/ klien, Menyampaikan hal-hal penting yang perlu ditindak lanjuti oleh dinas berikutnya, dan Tersusunnya rencana kerja untuk dinas berikutnya.

Rujukan :

Nursalam (2011), *Manajemen Keperawatan* (hal. 175), Jakarta : Salemba Medika

95. Kunci Jawaban : b

Pembahasan

Hal yang harus disampaikan oleh perawat dinas sore pada saat timbangan terima ke perawat dinas malam, yang akan bertugas adalah:

- Identitas pasien dan Diagnosa medis
- Masalah keperawatan yang kemungkinan masalah
- Tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan
- Intervensi kolaboratif dan Dependensi
- Rencana umum dan *persiapan* yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya, misalnya: operasi, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya.

Rujukan :

Nursalam (2011). *Manajemen Keperawatan*, (hal L 43), Jakarta : Salemba Medika

96. Kunci Jawaban : B

Pembahasan :

Supervisi Langsung yaitu supervisi dilakukan secara langsung pada kegiatan yang sedang berlangsung, yaitu supervisor dapat terlibat dalam kegiatan, umpan balik, dan perbaikan

Rujukan :

Nursalam (2011). *Manajemen keperawatan*, (hal.70), Jakarta : Salemba medika

97. Kunci Jawaban : A

Pembahasan:

Konflik intrapersonal adalah konflik yang terjadi pada Individu itu sendiri. Keadaan ini

merupakan masalah internal untuk mengklarifikasi nilai dan keinginan dari konflik yg terjadi.

Rujukan:

Nursalam (2011). *Manajemen keperawatan*, (hal. 119), Jakarta : Salemba medika

98. Kunci Jawaban : E

Pembahasan:

Negosiasi merupakan suatu strategi penyelesaian konflik dimana semua yang terlibat konflik saling menyadari dan sepakat pada keinginan bersama . Penyelesaian strategi ini sering disebut lose – lose situation. Kedua pihak yang terlibat saling menyerah dan menyepakati hal yang telah dibuat. Di dalam manajemen keperawatan strategi ini sering digunakan oleh middle dan top manajer keperawatan.

Rujukan:

Nursalam (2011). *Manajemen keperawatan*, (hal. 120 – 121), Jakarta : Salemba medika

99. Kunci Jawaban : B

Pembahasan:

Konflik interpersonal adalah konflik yang terjadi antara dua orang atau lebih dimana nilai, tujuan, dan keyakinan berbeda.

Rujukan:

Nursalam (2011). *Manajemen keperawatan*, (hal. 119 – 122), Jakarta : Salemba medika

100. Kunci Jawaban : A

Pembahasan :

Reliability atau kehandalan adalah perawat mampu menangani masalah perawatan dengan tepat dan profesional, memberikan informasi tentang fasilitas yang tersedia, cara penggunaannya dan tata tertib yang berlaku di RS, ketepatan waktu tiba di ruangan ketika dibutuhkan.

Rujukan:

Nursalam (2011). *Manajemen keperawatan*, (hal. 331), Jakarta : Salemba medika

101. Kunci Jawaban : A

Pembahasan

Cuci tangan sebelum dan setelah melakukan tindakan keperawatan maupun kontak dengan pasien merupakan universal precaution untuk mencegah infeksi nosokomial, infeksi nosokomial merupakan salah satu aspek dalam keselamatan pasien

Rujukan:

Nursalam (2011). *Manajemen keperawatan*, (hal. 318), Jakarta : Salemba medika

102. Kunci Jawaban: C

Pembahasan:

Kunci Jawaban yang benar adalah C (pasang dower kateter), karena bertujuan untuk monitoring output urin efek dari pemberian Lasix , menurunkan akumulasi cairan interstisiil.

Rujukan

Susan B. Stillwell (2011). *Pedoman Keperawatan kritis* hal 193

103. Kunci Jawaban: D**Pembahasan:**

Kunci Jawaban d merupakan Kunci Jawaban yang benar, karena Evaluasi TD menurun secara bertahap sebagai indikator efektivitas obat hipertensi.

Rujukan

Susan B. Stillwell (2011); *Pedoman Keperawatan kritis* hal. 201

FK UI (2001). *Penatalaksanaan Kedaruratan Penyakit Dalam* Hal. 70

104. Kunci Jawaban: A**Pembahasan:**

Kunci Jawaban A karena karena obat vasodilator harus diberikan sesegera mungkin.

Rujukan

Musliha (2010). *Keperawatan Gawat Darurat* bab XI

105. Kunci Jawaban: A**Pembahasan:**

Alasan Kunci Jawaban c (lakukan pengisapan lendir dan basahi cairan) karenadengan pengisapan lendir/dahak dan dibasahi cairan, maka lendir/dahak yang kental akan mudah dikeluarkan sehingga pasien tidak sesak dan tidak mengalami kesulitan bernafas.

Rujukan

Susan B. Stillwell (2011). *Pedoman Keperawatan kritis* hal.109

Musliha (2010). *Keperawatan Gawat Darurat* bab XI

106. Kunci Jawaban: B**Pembahasan:**

Pasien yang mengalami Cardiac Arrest yang ditandai dengan tidak teraba palpasi nadi pada arteri besar seperti nadi carotis, femoral, artinya jantung sudah tidak bekerja dan tidak ada hembusan napas paru juga tidak bekerja. Bila jantung sudah tidak mampu memompakan darah maka seluruh organ mengalami kerusakan bahkan kematian karena itu harus segera dilakukan kompresi agar jantung dapat terangsang untuk berkontraksi yang diikuti dengan ventilasi agar paru ekspansi sehingga terjadi inspirasi. Kesimpulan Kunci Jawaban adalah: **b, yaitu lakukan kompresi 30x/menit disertai ventilasi 2x/menit** untuk merangsang jantung berkontraksi sehingga compliance paru terangsang untuk bernapas.

Rujukan

BTCLS ambulance 118 dan Hipgabi (2011) bab IV hal 33

Pamela S, Kidd, Patty Ann (2011). *Pedoman Keperawatan Emergency*

107. Kunci Jawaban: B**Pembahasan:**

Alasan Kunci Jawaban nya **a** adalah karena melakukan posisi ekstensi head till, chin lift merupakan langkah paling pertama untuk membebaskan jalan napas pasien.

Rujukan:

BTCLS ambulance 118 dan Hipgabi (2011) bab IV hal 33

Pamela S, Kidd, Patty Ann (2011). *Pedoman Keperawatan Emergency*

108. Kunci Jawaban: A**Pembahasan:**

Alasan Kunci Jawaban nya **b** adalah karena dengan pemasangan bidai pada daerah fraktur maka daerah yang fraktur tersebut akan di immobilisasikan sehingga dapat mencegah terjadinya dislokasi. Berdasarkan manajemen fraktur adalah setelah mengenal tanda dan gejala serta lokasi maka segera immobilisasi dengan pembidaian agar tidak terjadi dislokasi

Rujukan:

Pamela S, Kidd, Patty Ann (2011). *Pedoman keperawatan Emergency* hal 385

Paula krisanty et all (2009). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat* bab VIII hal 145

109. Kunci Jawaban: A**Pembahasan:**

Kunci Jawaban yang benar adalah: a (cek golongan darah) karena pada fraktur tulang panjang akan terjadi perdarahan lebih banyak dari tulang yang lain saat dilakukan tindakan operasi dan, untuk mencegah kehilangan banyak darah harus dipersiapkan darah untuk transfusi.

Rujukan:

FKUI (2001) *Penatalaksanaan kedaruratan penyakit Dalam*

BTCLS (2012) Ambulan 118 dan Hipgabi (2016)

Pamela S, Kidd, Patty Ann(2011) *Pedoman Keperawatan Emergency*

110. Kunci Jawaban: B (pasang collar neck)**Pembahasan:**

Alasan Kunci Jawaban nya **b**, adalah karena pemasangan collar neck bertujuan untuk segera mengimmobilisasikan daerah cervical agar dislokasi tulang cervical dapat dicegah.

Rujukan:

Knell (2011) *Asuhan Keperawatan Orthopedi*

Pamela S, Kidd, Patty Ann(2011). *Pedoman keperawatan Emergency* hal 385

Paula krisanty et all (2009). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat* bab VIII hal 145

111. Kunci Jawaban: C**Pembahasan;**

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

Rujukan

PaulaKrisanty (2009) *Askep Gawat Darurat* Bab VI hal 127

Pamela S, Kidd, Patty Ann(2011). *Pedoman keperawatan Emergency*

112. Kunci Jawaban: A**Pembahasan**

Kunci Jawaban yang benar adalah a (cek ureum dan kreatinin) karena: karena dari keluhan dan tanda yang ditemukan pada pasien maka membutuhkan ureum dan kreatinin untuk mengetahui fungsi ginjal.

Rujukan

Paula Krisanty (2009) *Askep Gawat Darurat* Bab VI hal 459

Pamela S, Kidd, Patty Ann(2011). *Pedoman keperawatan Emergency*

113. Kunci Jawaban: B

Pembahasan:

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

Rujukan

Susan B.Stillwell (2011). *Pedoman Keperawatan Kritis* hal 242

Pamela S, Kidd, Patty Ann (2011). *Pedoman keperawatan Emergency*

114. Kunci Jawaban: D

Pembahasan;

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

Rujukan

Susan B.Stillwell (2011). *Pedoman Keperawatan Kritis* hal 242

Pamela S, Kidd, Patty Ann (2011). *pedoman keperawatan Emergency*

115. Kunci Jawaban: D

Pembahasan:

Pasien DM yang diberikan glucose 10% ha-

rus dievaluasi responnya, dengan prioritas indikator evaluasinya adalah tingkat kesadaran karena jika keadaan gula darah pasien membaik maka suplay glukosa ke otak akan optimal, sehingga pasien akan meningkat tingkat kesadarannya.

Rujukan

Paula Krisanty (2009) *Askep Gawat Darurat* Bab VI hal 459

Pamela S, Kidd, Patty Ann(2011). *Pedoman keperawatan Emergency*

116. Kunci Jawaban: B.

Pembahasan:

Pasien DM dengan gula darah tinggi harus segera diberikan insulin untuk mencegah kerusakan sel lebih lanjut oleh karena nya option bmerupakan Kunci Jawaban utama nya.

Rujukan

Paula Krisanty (2009) *Askep Gawat Darurat* Bab VI hal 459

Pamela S, Kidd, Patty Ann(2011). *Pedoman keperawatan Emergency*

117. Kunci Jawaban: B

Pembahasan;

Pasien mengalami keracunan CO2 yang keluar dari knalpot mobil dalam garasi tertutup sehingga mengalami gangguan ventilasi. Tindakannya adalah lakukan ventilasi oksigen dosis tinggi dengan ambubag. Jadi pilihan Kunci Jawaban adalah b (ventilasi dengan ambubag O.2 10 liter.

Rujukan

BTCLS (2012) Ambulan 118 dan Hipgabi (2016)

Pamela S, Kidd, Patty Ann(2011) *pedoman keperawatan Emergency*

118. Kunci Jawaban: D

Pembahasan:

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 Baygon yang masuk kedalam lambung harus segera dikeluarkan agar tidak terjadi komplikasi sehingga Kunci Jawabannya Pasang NGT bilas lambung

Rujukan

BTCLS (2012) Ambulan 118 dan Hipgabi (2016)

Pamela S, Kidd, Patty Ann(2011) *pedoman keperawatan Emergency*

119. Kunci Jawaban: E

Pembahasan;

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

Rujukan

BTCLS (2012) Ambulan 118 dan Hipgabi (2016)

Pamela S, Kidd, Patty Ann(2011) *pedoman keperawatan Emergency*

120. Kunci Jawaban: A

Pembahasan;

Pemasangan oroparingeal tube dapat mencegah lidah jatuh kebelakang sehingga tidak terjadi sumbatan jalan napas pasien yang mengalami tanda tanda stroke dengan kesadaran menurun.

Rujukan

Buku BTCLS 118 (2011) dan BTCLS Hipgabi (2015)

Paula Krisanty (2009). *Askep Gawat Darurat* Bab VI hal 127

121. Kunci Jawaban: E

Pembahasan:

Pada kasus di atas Denyut nadi perifer menjadi prioritas utama karena untuk mengetahui adanya perbaikan pasien setelah diberikan infus dengan cepat.

Rujukan

BTCLS (2012) Ambulan 118 dan Hipgabi (2016)

Pamela S, Kidd, Patty Ann(2011). *Pedoman keperawatan Emergency*

Paula Krisanty (2009). *Askep Gawat Darurat* Bab XI hal 197

122. Kunci Jawaban: A

Pembahasan:

Sesuai dengan vignette kasus di atas, maka pemasangan infus atau pemberian cairan parenteral/rehidrasi menjadi prioritas karena pasien kekurangan cairan untuk mengimbangi cairan yang keluar lewat diare.

Rujukan

Buku BTCLS 118 (2011) dan BTCLS Hipgabi (2015)

Pamela S, Kidd, Patty Ann (2011). *Pedoman keperawatan Emergency* hal 758

Paula Krisanty (2009). *Askep Gawat Darurat* Bab XI hal 197

luka yang kemudian sulit sembuh. Diagnosa lain masih kurang data pendukung.

Rujukan:

Riasmini, M. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan; individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat*, dan Jakarta, Penerbit UI

123. Kunci Jawaban : A

Pembahasan:

Pengkajian yang dilakukan perawat C adalah pengkajian tahap ke 2 yang bertujuan mengkaji 5 tugas keluarga dalam memelihara kesehatan anggotanya. Tugas tersebut adalah: 1. Kemampuan mengenal masalah TBC paru; 2. Kemampuan mengambil keputusan yang tepat untuk menangani TBC ; 3. Kemampuan merawat TBC paru di rumah; 4. Kemampuan memodifikasi lingkungan untuk menunjang penyembuhan penyakit TBC dan 5 Kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan untuk pengobatan TBC. Untuk menggali setiap kemampuan tsb masing masing memiliki teknik bertanya yang spesifik.

Untuk menggali kemampuan mengambil keputusan pertanyaan diarahkan kepada: Sejauh mana keluarga mampu memahami sifat dan luasnya masalah; Apakah keadaan dirasakan sebagai masalah; Apakah keluarga mengetahui fasilitas pelayanan untuk memecahkan masalah.

Rujukan:

Bailon, Maglaya : *Family Health Nursing*

124. Kunci Jawaban : C

Pembahasan:

Rasa kebas dan mati rasa adalah tanda adanya komplikasi mikro angiopati dan neuropati yang mengenai pembuluh darah perifer dan syaraf tepi. Hal ini dapat menyebabkan timbulnya

125. Kunci Jawaban : A

Pembahasan:

Klien hipoglikemi yang masih sadar sebaiknya diberikan larutan gula atau glukosa yang mudah diserap untuk membantu mengembalikan level gula darahnya. Membaringkan ditempat terbuka jika klien sudah pingsan karena kekurangan udara. makan tinggi kalori malam hari tidak spesifik jenis dan waktunya

Rujukan:

Riasmini, M. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan; individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat*, dan Jakarta, Penerbit UI

126. Kunci Jawaban : C

Pembahasan :

Setiap individu memiliki kekuatan membuat keputusan sendiri . memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang dihargai. Prinsip ini adalah bentuk respek terhadap seseorang , tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Perawat menghargai hak hak pasien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya.

Rujukan:

Nasrullah,D. (2014). *Etika Dan Hukum keperawatan*. Jakarta :Trans Info Media.

127. Kunci Jawaban : C

Pembahasan :

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

Rujukan :

Jaime L.stocklager.(2008). Buku saku asuhan Keperawatan Geriatric.edisi 2. Jakarta: EGC. Hal 90-91.

128. Kunci Jawaban : B

Pembahasan:

Lansia mengalami penurunan fungsi pada sistem kardiovaskuler, menyebabkan menurunnya kekuatan kontraktile ventrikel, menurunnya kardiak output, menimbulkan peningkatan tekanan darah, sehingga perlu dilakukan pengukuran tekanan darah untuk memastikan adanya penyakit hipertensi

Rujukan :

Jaime L.stocklager.2008. Buku saku asuhan Keperawatan Geriatric.edisi 2. Jakarta: EGC.Hal 208-212.

129. Kunci Jawaban : A

Pembahasan

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

Rujukan:

Riasmini, M (2017), Hal 57, *Panduan Asuhan keperawatan : individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NC. Di Puskesmas dan Masyarakat*. Jakarta, Penerbit UI.

130. Kunci Kunci Jawaban : B

Pembahasan :

Seiring dengan bertambahnya usia, sel sel tubuh menjadi lebih resisten terhadap insulin, sel beta pankreas berkurang melepaskan insulin, hal ini mengurangi kemampuan lansia untuk memetabolisme glukosa, kekurangan insulin menghambat kemampuan tubuh untuk mengakses nutrient yang penting untuk bahan bakar dan simpanan. Kegemukan dapat menghambat kemampuan tubuh untuk memetabolisme, dapat terjadi hiperglikemia sehingga perlu anjuran diet diabetes

Rujukan:

Riasmini, M (2017), Hal 57, *Panduan Asuhan keperawatan :individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NC. Di Puskesmas dan Masyarakat*. Jakarta, Penerbit UI.

Jaime L.stocklager.(2008).Hal 92-98, Buku saku asuhan Keperawatan Geriatric.edisi 2. Jakarta: EGC.

UI.

131. Kunci Jawaban: B**Pembahasan :**

Diabetes mellitus pada populasi lansia dapat menimbulkan komplikasi makrovaskuler dan mikrovaskuler. Salah satu komplikasi kronis yang umum pada kulit lansia adalah dermopathy diabetic yang diakibatkan karena hyperglikemi. Hyperglikemi merusak resistensi lansia terhadap infeksi karena kandungan glukosa epidermis dan urine mendorong pertumbuhan bakteri. Hal ini membuat lansia rentan terhadap infeksi kulit, maka pada lansia dengan diabetes perlu dikaji perilaku hyegenis nya.

Rujukan:

Riasmini, M (2017), *Panduan Asuhan keperawatan :individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NC. Di Puskesmas dan Masyarakat*. Jakarta, Penerbit UI. Hal 52

Jaime L.stocklager.(2008). Buku saku asuhan Keperawatan Geriatric.edisi 2. Jakarta: EGC. Hal 92 - 98.

132. Kunci Jawaban : E**Pembahasan:**

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

Rujukan

Riasmini, M (2017), Hal 61, *Panduan Asuhan keperawatan :individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NC. Di Puskesmas dan Masyarakat*. Jakarta, Penerbit

Martono, Hadi dan Kris Pranarka. (2015). *Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*.Edisi V.Jakarta : Balai Penerbit FKUI. Bagian 3 hal 462-468.

133. Kunci Kunci Jawaban : B**Pembahasan :**

ROM dapat meningkatkan atau mempertahankan fungsi sendi, kekuatan otot dan stamina umum.Latihan yang tidak adekuat dapat menimbulkan kekakuan sendi.

Rujukan :

Martono, Hadi dan Kris Pranarka.2015.Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut).Edisi V.Jakarta : Balai Penerbit FKUI. Hal 462-468

134. Kunci Jawaban: C**Pembahasan:**

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

Rujukan:

Jaime L.stocklager.(2008). Buku saku asuhan Keperawatan Geriatric.edisi 2. Jakarta: EGC. Hal 88-89.

135. Kunci Jawaban : (C) Windshield survey

Pembahasan :

Metode pengkajian keperawatan komunitas antara lain : Windshield survey, Observasi terstruktur , FGD, Interview dan angket. Windshield survey adalah Metode pengkajian keperawatan komunitas dengan cara berkeliling melakukan pemeriksaan masyarakat dengan berkeliling wilayah binaan dan melakukan wawancara dengan tokoh masyarakat, tokoh agama, kader kesehatan dengan tujuan untuk memperoleh gambaran tentang kondisi dan situasi suatu wilayah disebut Windshield survey

Rujukan :

Achyar, Komang ayu, H. (2014). *Asuhan Keperawatan Komunitas*. Hal. 21
Jakarta. EGC

hasil penimbangan pada bulan ini.

Rujukan :

Depkes RI (2011). *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI

137. Kunci Jawaban : A**Pembahasan:**

Perawat harus menghargaidan menghormati hak pasien untuk mendapatkan penjelasan dan memilih treatment terbaik untuk dirinya (inform consent)

Rujukan :

Nasrulloh.D. (2014). *Etika dan Hukum Keperawatan*, Jakarta, Trans info media

DPP PPNI (2017). *Pedoman Perilaku sebagai Penjabaran Kode Etik Keperawatan*, Jakarta, DPP. PPNI.

136. Kunci Jawaban: B**Pembahasan :**

Karena Kegiatan posyandu sistem 5 meja harus dilaksanakan secara berurutan melalui langkah – langkah sebagai berikut :

Meja I : Pendaftaran.

Meja II : Penimbangan bayi dan anak balita.

Meja III : Pengisian KMS.

Meja IV : Penyuluhan perorangan

Meja V :Pelayanan oleh tenaga profesional meliputi pelayanan KIA, KB,

Imunisasi dan pengobatan, serta pelayanan lain sesuai dengan kebutuhan. Kegiatan meja III (Pengisian KMS). Adalah mintalah KMS anak, Memindahkan/mencatat hasil penimbangan anak dari secarik kertas ke KMS dan selanjutnya harus memperhatikan umur dan

138. Kunci Jawaban: D (Beneficience).**Pembahasan:**

Perawat mempunyai kewajiban untuk melakukan tindakan keperawatan untuk keamanan ,keselamatan,memberikan rasa nyaman, tidak membahayakan pasien.

Rujukan :

Nasrulloh.D. (2014). *Etika dan Hukum Keperawatan*, Jakarta, Trans info media

DPP PPNI (2017). *Pedoman Perilaku sebagai Penjabaran Kode Etik Keperawatan*, Jakarta, DPP PPNI.

139. Kunci Kunci Jawaban: b**Pembahasan :**

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

Rujukan :

Library of Congress Cataloging in Publication Data. (2013). *Nursing intervention classification (NIC)*. (5thed). Hal. 103 St.Louis: Elsevier Mosby

Riasmini, M. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan; individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat*, Hal. 128 .Jakarta, Penerbit UI

Rujukan :

Riasmini, M. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan; individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat*, Hal. Jakarta, Penerbit UI

141. Kunci Kunci Jawaban: c

Pembahasan :

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

- Prevensi Primer : Pendidikan Kesehatan, Teaching: Group
- Prevensi Sekunder : Skrining kesehatan dan Identifikasi resiko
- Prevensi Tersier : Dukungan terhadap caregiver dan keluarga

Konsultasi, Dokumentasi, Pencatatan insiden kasus, Rujukan Program pengembangan, Perkembangan kesehatan komunitas Bimbingan terhadap system kesehatan (*Health system guidance*)

Rujukan :

Library of Congress Cataloging in Publication Data. (2013). *Nursing intervention classification (NIC)*. (5thed). St.Louis: Elsevier Mosby

Riasmini, M. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan; individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat*, Jakarta, Penerbit UI

140. Kunci Kunci Jawaban: D

Pembahasan:

Kata kuncinya adalah (54 anak) menderita ISPA, 12% (12 anak) imunisasi tidak lengkap dan 2 % menderita TBC (2 anak) pengetahuan tentang Gizi balita rendah dan perilaku kurang baik dalam pemenuhan gizi balita, perilaku kurang baik tentang penyakit infeksi dan kunjungan posyandu balita rendah data ini mendukung masalah **Resiko peningkatan penyakit infeksi (ispa, diare dan tbc)** Pilihan (a, b, c dan E) kurang tepat karena tanda dan gejala pada kasus di atas tidak menunjukkan pada Pola pemberian nutrisi yang tidak efektif, Perilaku pencarian pelayanan kesehatan balita tidak efektif, Kurangnya pengetahuan dan ketrampilan ibu tentang kesehatan balita

142. Kunci Jawaban: D

Pembahasan:

Fokus kegiatan keperawatan komunitas terdiri dari :

1. Proses kelompok
2. Pendidikan keperawatan
3. Intervensi professionalkeperawatan
4. Kemitraan/kerjasama
5. Pemberdayaan (empowerment)

Rujukan :

Library of Congress Cataloging in Publication Data. (2013). *Nursing intervention classification (NIC)*. (5thed). St.Louis: Elsevier Mosby

Riasmini, M. (2017).*Panduan Asuhan Keperawatan;individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP,NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat*, Hal. 112. Jakarta, Penerbit UI

144. Kunci Jawaban: C

Pembahasan :

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

Rujukan :

Library of Congress Cataloging in Publication Data. (2013). *Nursing intervention classification (NIC)*. (5thed). St.Louis: Elsevier Mosby

Riasmini, M. (2017).*Panduan Asuhan Keperawatan;individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP,NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat*, Hal. 131. Jakarta, Penerbit UI

143. Kunci Jawaban: B

Pembahasan :

Salah satu bentukPrevensi Sekunderuntuk mengatasi masalah kesehatan merokok pada kelompok usia remaja yaitu Skrining kesehatan remaja dan Identifikasi resiko.

Rujukan :

Library of Congress Cataloging in Publication Data. (2013). *Nursing intervention classification (NIC)*. (5thed). St.Louis: Elsevier Mosby

Riasmini, M. (2017).*Panduan Asuhan Keperawatan;individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP,NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat*, Hal. 108. Jakarta, Penerbit UI

145. Kunci Jawaban : D

Pembahasan:

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

Rujukan :

Riasmini, M. (2017).*Panduan Asuhan Keperawatan;individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP,NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat*, Hal. 131 Jakarta, Penerbit UI

146. Kunci Jawaban: E (Perilaku kesehatan ber-

isiko)

Pembahasan:

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

Rujukan :

Library of Congress Cataloging in Publication Data. (2013). *Nursing intervention classification (NIC)*. (5thed). St.Louis: Elsevier Mosby

Riasmini, M. (2017).*Panduan Asuhan Keperawatan;individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP,NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat*, Hal . 57 dan Jakarta, Penerbit UI

Rujukan:

Riasmini, M. (2017).*Panduan Asuhan Keperawatan;individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP,NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat*, Hal . 7 dan 135,Jakarta, Penerbit UI

147. Kunci Jawaban: A

Pembahasan:

Prevensi primer adalah suatu tindakan keperawatan yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dan bentuk tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada kelompok lansia dengan hipertensi adalah promosi kesehatan, perlindungan spesifik, memelihara kesehatan/mengatasi kondisi yang tidak sehat dan mencegah penyakit serta dampak penyakitnya yang lebih lanjut.

[illegible][illegible]

This image displays a large grid of 1000 small blue squares, each containing a white Chinese character. The characters are arranged in a 10x100 grid, representing the 1000 most frequent characters in the Chinese language. The characters are organized into 10 rows and 100 columns, following a specific frequency-based order. The first row contains characters like '的', '一', '是', '有', '不', '我', '你', '他', '她', '它', and the second row contains '这', '那', '谁', '哪', '怎么', '什么', '为什么', '谁', '哪', '怎么', '什么', '为什么'. The grid continues with many other common characters, ending with '一', '二', '三', '四', '五', '六', '七', '八', '九', '十' in the final row.

[illegible]



ISTEKDIKTİ