



# JadiNAKES



**Materi Ini Di Khususkan  
Untuk Member Premium Saja**

**Jika Ingin Mendapatkan Benefit dibawah ini :**



**Live Class Interaktif**



**Simulasi Seperti Tes Aslinya  
(Materi, Jumlah Soal, dan  
Waktu Tes nya)**



**Latsol Harian, Materi, Bimbingan  
dari 0 Sampai Terlatih, Grup  
Diskusi Premium**



**Grafik Analisis Nilai  
Perkembangan & ranking  
Nasional , kabupaten & provinsi**



**Pembahasan Bisa di Download  
dan diPrint**



**HAK CIPTA DILINDUNGI UNDANG  
DILARANG MENYEBARLUASKAN SELURUH ISI INI  
TANPA IZIN TERTULIS DARI PERUSAHAAN**



**Cek Link ini**

**[app.jadinakes.id](https://app.jadinakes.id)**

**atau Download Aplikasinya di Playstore atau Appstore**

Nomor 1.	
Soal	<p>Seorang wanita (56 tahun) dirawat di ruang ICU Post Operasi CABG. Kondisi pasien saat ini mengalami penurunan produksi urin. Hemodinamik saat ini tekanan darah 80/50 mmHg, frekuensi nadi 113x/menit dan masih terpasang ventilator. Saat perawat memperhatikan monitor jantung pasien, tiba-tiba terjadi perubahan gelombang ECG. Gelombang P tidak ada dan tampak kompleks QRS lebar dengan frekuensi nadi melebihi 150 x/menit. Pasien kemudian tidak sadarkan diri. Nadi karotis tidak teraba.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tepat dilakukan terhadap pasien?</p> <p>A. Resusitasi cairan</p> <p>B. Rekam ECG 12 Lead</p> <p>C. Bantuan ventilasi mouth to mouth</p> <p>D. Cek tingkat kesadaran</p> <p>E. Defibrilasi</p>
Pembahasan	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus :</p> <p>Pasien mengalami cardiac arrest post operasi bypass. Hal ini ditandai dengan tidak adanya nadi, pasien no respons, gambaran ECG Ventrikel Takikardi.</p> <p>Sehingga tindakan utama pada kasus ini adalah segera lakukan resusitasi jantung paru dan berikan defibrilasi. Defibrilasi adalah sebuah tindakan memberikan sebuah energi listrik untuk mengatasi gangguan aritmia yg mengancam kehidupan pasien. Defibrilasi diindikasikan utk kasus aritmia dengan ventrikel takikardi atau ventrikel fibrilasi</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <p>Opsi A : resusitasi cairan belum tepat karena saat ini pasien sudah masuk ke dalam kondisi arrest.</p> <p>Opsi B : rekam ECG tidak tepat karena saat ini pasien sudah masuk ke dalam kondisi arrest.</p> <p>Opsi D : tingkat kesadaran tidak tepat, karena pasien sudah no respons,</p> <p>Opsi C : bantuan ventilasi mouth to mouth, tidak tepat dan tidak dianjurkan lagi dalam unit pelayanan kesehatan karena sudah ada alat yg lengkap utk membantu ventilasi pasien.</p>
Materi	D3 Keperawatan
Nomor 2.	
Soal	<p>Seorang perawat home care sedang mengkaji tingkat kemandirian lansia. Berdasarkan pengkajian, lansia dapat melakukan hampir seluruh aktivitasnya secara mandiri, kecuali mandi.</p> <p>Apa klasifikasi indeks katz klien?</p> <p>A. D</p> <p>B. C</p>

	<p>C. A</p> <p>D.E</p> <p>E. B</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>Salah satu pengkajian yang khas pada lansia yakni pengkajian status fungsional/kemandirian lansia dengan indeks katz. Pada indeks katz, terdapat kategori A hingga G dengan menilai kemandirian lansia untuk melakukan aktivitas berikut: mandi, berpakaian, toileting, berpindah tempat, kontinen, makan. Kriteria untuk menerapkan masing-masing kategori yakni (Kholifah, 2016):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kategori A: Lansia mampu melakukan 6 aktivitas tersebut secara mandiri</li> <li>- Kategori B: Lansia mampu melakukan 5 aktivitas secara mandiri</li> <li>- Kategori C: Lansia mampu beraktivitas mandiri kecuali untuk mandi dan satu fungsi lainnya</li> <li>- Kategori D: lansia mampu beraktivitas mandiri kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi lainnya</li> <li>- Kategori E: lansia mampu beraktivitas mandiri kecuali mandi, berpakaian, toileting, dan satu fungsi lainnya</li> <li>- Kategori F: lansia mampu beraktivitas mandiri kecuali mandi, berpakaian, toileting, berpindah tempat, dan satu fungsi lainnya</li> <li>- Kategori G: 6 aktivitas klien yang diujikan bergantung pada orang lain</li> </ul> <p>Data Fokus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri kecuali mandi -&gt; dapat secara mandiri melakukan 5 aktivitas yang dinilai -&gt; kategori B</li> </ul> <p>Jawaban yang tepat :</p> <p>b. B (kategori B)</p> <p>Pada kasus, klien dapat melakukan 5 dari 6 aktivitas yang diujikan secara mandiri, sehingga dikategorikan pada kategori E</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi A tidak tepat karena kategori A ditegakkan jika lansia mampu melakukan 6 aktivitas yang diujikan secara mandiri</li> <li>- Opsi C tidak tepat karena kategori C ditegakkan jika aktivitas lansia yang dibantu yakni mandi dan satu fungsi lainnya</li> <li>- Opsi D tidak tepat karena kategori D ditegakkan jika aktivitas lansia yang dibantu yakni mandi, berpakaian, dan satu fungsi lainnya</li> <li>- Opsi E tidak tepat karena kategori B ditegakkan jika aktivitas lansia yang dibantu yakni mandi, berpakaian, toileting, dan satu fungsi lainnya</li> </ul>

	Sumber: Kholifah, S.N., (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Keperawatan gerontik. Jakarta: Kemenkes RI.
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 3.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (25 tahun) datang ke puskesmas untuk pemeriksaan antenatal. Karena jarang memeriksakan kehamilannya, ia lupa berapa usia gestasinya dan HPHT nya. Hasil pemeriksaan: G1P0A0, fundus uteri berada di pertengahan umbilikus - prosesus xifoideus, presentasi kepala, letak punggung kanan, DJJ 145x/menit</p> <p>Berapakah usia gestasi pada kasus tersebut?</p> <p>A. 20 minggu</p> <p>B. 24 minggu</p> <p>C. 32 minggu</p> <p>D. 28 minggu</p> <p>E. 36 minggu</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Tahap kehamilan dikelompokkan pada tiga trimester, yakni trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Dalam menentukan usia gestasi, dapat dilakukan dengan menghitung jumlah minggu atau bulan berdasarkan HPHT, memperkirakan dengan tinggi fundus dalam centimeter atau berdasarkan posisi uterus jika ibu lupa HPHT nya</p> <p>Rumus penentuan usia kehamilan/gestasi menggunakan TINGGI FUNDUS (Rumus McDonal's):</p> <p>a. Usia gestasi dalam BULAN = <math>2/7 \times \text{TFU}</math> (dalam centimeter)</p> <p>b. Usia gestasi dalam MINGGU = <math>8/7 \times \text{TFU}</math> (dalam centimeter)</p> <p>Rumus penentuan usia kehamilan/gestasi berdasarkan POSISI UTERUS PADA BIDANG ABDOMEN (Rumus Bartholomew):</p> <p>a. 12 minggu: 2-3 jari di atas simfisis pubis</p> <p>b. 16 minggu: pertengahan simfisis pubis dan umbilikus</p> <p>c. 20 minggu: 2-3 jari di bawah umbilikus (pusat)</p> <p>d. 24 minggu: sepusat</p> <p>e. 28 minggu: 2-3 jari di atas umbilikus</p> <p>f. 32 minggu: pertengahan umbilikus dan prosesus xifoideus</p> <p>g. 36 minggu: di atas prosesus xifoideus</p> <p>h. 40 minggu: 2-3 jari di bawah prosesus xifoideus karena kepala sudah mulai turun ke PAP</p> <p>Data Fokus :</p>

	<p>- Posisi uterus berada di pertengahan antara umbilikus dan prosesus xifoideus -&gt; 32 minggu</p> <p>Jawaban yang tepat :</p> <p>D. 32 minggu</p> <p>Menurut rumus Bartholomew, di usia gestasi 32 minggu, posisi uterus berada di pertengahan antara umbilikus dan prosesus xifoideus (AIPNI, 2019)</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opsi A tidak tepat karena pada usia gestasi 20 minggu, posisi uterus berada di 2-3 jari di bawah umbilikus (pusat)</li> <li>2. Opsi B tidak tepat karena pada usia gestasi 24 minggu, posisi uterus sepusat</li> <li>3. Opsi C tidak tepat karena pada usia gestasi 28 minggu, posisi uterus berada di 2-3 jari di atas umbilikus</li> <li>4. Opsi E tidak tepat karena pada usia gestasi 36 minggu, posisi uterus berada di atas prosesus xifoideus</li> </ol>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 4.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang anak dibawa orang tuanya ke klinik tumbuh kembang pada tanggal 10 Januari 2022. Ibu mengatakan anak lahir prematur dengan usia kehamilan 34 minggu pada tanggal 5 September 2021. ibu mengatakan anak belum bisa mengangkat kepala saat ibu menstimulasi anak dengan menelungkupkannya.</p> <p>Berapa usia kronologis anak pada saat pemeriksaan?</p> <p>A. 2 bulan 23 hari</p> <p>B. 3 bulan 5 hari</p> <p>C. 2 bulan 5 hari</p> <p>D. 1 bulan 23 hari</p> <p>E. 4 bulan 5 hari</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus :</p> <p>Anak lahir prematur 34 minggu  tanggal lahir anak 5 September 2021  tanggal pemeriksaan 10 Januari 2022</p> <p>Pada pemeriksaan Usia kronologis anak, umur anak dihitung dengan cara tanggal pemeriksaan dikurangi tanggal lahir. Bila anak lahir prematur dan berusia &lt; 2 tahun, dilakukan koreksi faktor prematuritas (40 minggu-usia gestasi) dan usia koreksi anak adalah usia anak-faktor koreksi.</p> <p>Usia anak = tanggal pemeriksaan - tanggal lahir  Usia anak = 10 - 01 - 2022  05 - 09 - 2021  ----- -</p> <p>5 (hari) 4 (bulan) 0 (tahun)</p> <p>Pada kasus, anak sudah berusia &lt;2 tahun dan lahir prematur, sehingga anak perlu koreksi usia. Maka usia kronologis anak yang digunakan saat</p>

	<p>pemeriksaan adalah :</p> <p>usia kronologis = usia anak - faktor koreksi</p> <p>faktor koreksi = 40 minggu - 34 minggu</p> <p>= 6 minggu</p> <p>= 42 hari (1 bulan 12 hari)</p> <p>Usia Kronologis anak = usia anak-faktor koreksi</p> <p>= 4 bulan 5 hari - 1 bulan 12 hari</p> <p>= 2 bulan 23 hari</p> <p>Maka usia kronologis anak adalah 2 bulan 23 hari (Opsi E)</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <p>Opsi A, B, C, dan D tidak tepat karena tidak sesuai dengan perhitungan usia kronologis anak pada kasus.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 5.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (37 tahun) dibawa ke RSJ karena mengamuk dan memukul adiknya dengan kayu. Perawat sedang melakukan pengkajian pada pasien, saat ditanya pasien sering mengulangi kalimat yang sama terus menerus meskipun perawat tidak menanyakan apa yang disampaikan oleh pasien tersebut.</p> <p>apakah gangguan proses pikir yang dialami oleh pasien ?</p> <p>A. perseverasi</p> <p>B. blocking</p> <p>C. flight of ideas</p> <p>D. tangensial</p> <p>E. sirkumtansial</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>DO : Perawat sedang melakukan pengkajian pada pasien, saat ditanya pasien sering mengulangi kalimat yang sama terus menerus meskipun perawat tidak menanyakan apa yang disampaikan oleh pasien tersebut</p> <p>berdasarkan data tersebut pasien mengalami gangguan proses pikir perseverasi</p> <p>1. Sirkumtansial</p> <p>Pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai dengan tujuan pembicaraan.</p> <p>2. Tangensial</p> <p>Pembicaraan yang berbelit-belit tetapi tidak sampai dengan tujuan pembicaraan.</p> <p>3. Kehilangan asosiasi</p> <p>Pembicaraan tidak ada hubungannya antara satu kalimat satu dengan kalimat lainnya dan pasien tidak menyadarinya.</p> <p>4. Flight of ideas</p> <p>Pembicaraan meloncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis, dan tidak sampai pada tujuan.</p>

	<p>5. Blocking</p> <p>Pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.</p> <p>6. Perseverasi</p> <p>Pembicaraan yang diulang berkali-kali</p> <p>jawaban yang tepat adalah opsi A.</p> <p>tinjauan opsi lain :</p> <p>opsi "tangensial" tidak tepat karena tidak ada data yang mendukung jawaban tangensial</p> <p>opsi "blocking" tidak tepat karena tidak ada data yang mendukung jawaban blocking</p> <p>opsi "flight of idea " tidak tepat karena tidak ada data yang mendukung jawaban flight of ideas</p> <p>opsi "sirkumtansial" tidak tepat karena tidak ada data yang mendukung jawaban sirkumtansial</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 6.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang ibu (26 tahun) hamil 34 minggu baru saja terdiagnosa HIV/AIDS. Pasien mengeluh pusing dan mengkhawatirkan kehamilannya, tekanan darah 110/80 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, Suhu 37C, frekuensi napas 20x/menit. Hasil pemeriksaan: HIV reactive, neutrophil 72,2%, limfosit 19%, monosit 3,2%. Pasien masuk dalam kategori Kehamilan Resiko Tinggi.</p> <p>Apakah masalah keperawatan utama pada pasien ?</p> <p>A. Risiko Cedera</p> <p>B. Risiko Infeksi</p> <p>C. Ansietas</p> <p>D. Nyeri Akut</p> <p>E. Risiko Jatuh</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>DS : Pasien mengeluh pusing dan mengkhawatirkan kehamilannya.</p> <p>DO : HIV reactive, neutrophil : 72,2% (meningkat), limfosit : 19% (menurun), monosit : 3,2%. Pasien masuk dalam kategori Kehamilan Resiko Tinggi.</p> <p>Masalah keperawatan utama yang tepat pada kasus tersebut adalah Risiko Infeksi.</p> <p>Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (SDKI, 2016).</p> <p>Kondisi terkait : AIDS</p>

	<p>Tinjauan opsi lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi “Risiko Cedera” (tidak tepat), karena bukan merupakan masalah keperawatan utama pada kasus tersebut.</li> <li>- Opsi “Ansietas” (tidak tepat), karena data penunjang tidak cukup untuk mengangkat diagnosa Ansietas.</li> <li>- Opsi “Nyeri Akut” (tidak tepat), karena tidak terdapat data penunjang pada kasus.</li> <li>- Opsi “Risiko Jatuh” (tidak tepat), karena tidak terdapat data penunjang pada kasus.</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 7.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (60 tahun) dirawat di RS dengan stroke infark. Hasil pengkajian: hemiparese ekstremitas kanan atas dan bawah, pasien tirah baring, terpasang diapers, aktivitas di tempat tidur. Bokong tampak kemerahan dan terasa lembab, linen tampak kotor dan kusut.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tepat dilakukan?</p> <p>A. Melakukan personal hygiene teratur</p> <p>B. Menjaga kebersihan linen</p> <p>C. Berikan asupan nutrisi yang adekuat</p> <p>D. Mandikan pasien dengan air hangat</p> <p>E. Miringkan pasien setiap 3 jam</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus: hemiparese ekstremitas kanan atas dan bawah, pasien tirah baring, terpasang diapers, aktivitas di tempat tidur. Bokong tampak kemerahan dan terasa lembab, linen tampak kotor dan kusut.</p> <p>Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada kasus adalah risiko luka tekan dengan faktor risiko ; pasien tirah baring, penurunan mobilitasi.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi Melakukan personal hygiene teratur (kurang tepat), ini bisa tetap menjadi perhatian bagi perawat, namun bukan sebagai tindakan utama dalam mencegah terjadinya masalah risiko luka tekan pada pasien.</p> <p>Opsi Miringkan pasien setiap 3 jam (kurang tepat), mika-miki yang efektif dilakukan setiap 1-2 jam. Selain itu mika-miki tetap bisa dilakukan untuk pencegahan, namun kebersihan linen menjadi perhatian utama berdasarkan kasus di atas, karena pasien menggunakan diapers yang akan memungkinkan keadaan lembab yang berlebihan pada bokong, linen tampak kotor dan kusut. Hal ini bisa meningkatkan risiko gesekan pada kulit bokong.</p> <p>Opsi Berikan asupan nutrisi yang cukup (kurang tepat), ini tetap bisa dilakukan, namun bukan sebagai tindakan utama dalam mencegah terjadinya luka tekan.</p> <p>Opsi Mandikan pasien dengan air hangat (kurang tepat), ini tetap bisa dilakukan selama proses rawatan, namun bukan termasuk sebagai tindakan utama dalam pencegahan risiko luka tekan.</p>



<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 8.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (57 tahun) dirawat di RS dengan gagal ginjal kronik. Pasien direncanakan untuk mendapatkan terapi hemodialisa. Saat keluarga menanyakan prosedur tindakan, perawat tidak menjawab dan menyarankan keluarga untuk menyetujui tindakan demi kebaikan pasien.</p> <p>Apakah prinsip etik yang dilanggar oleh perawat ?</p> <p>A. Non Maleficence</p> <p>B. Beneficence</p> <p>C. Autonomi</p> <p>D. fidelity</p> <p>E. Justice</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban tepat: C. Autonomi</p> <p>Data fokus : Pasien dengan gagal ginjal kronis direncanakan untuk mendapatkan terapi hemodialisa. Saat keluarga menanyakan prosedur tindakan, perawat tidak menjawab dan menyarankan keluarga untuk menyetujui tindakan demi kebaikan pasien.</p> <p>Pada kasus di atas perawat melanggar prinsip etik autonomi (opsi jawaban a) dimana perawat tidak memberikan referensi yang lengkap walaupun pasien menghendaki informasi tersebut. Otonomi berarti menghormati keputusan pasien untuk menentukan nasibnya, dalam hal ini setiap keputusan medis ataupun keperawatan harus memperoleh persetujuan dari pasien atau keluarga terdekat. Autonomi berarti kemampuan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri, berarti menghargai manusia sehingga memperlakukan mereka sebagai seseorang yang mempunyai harga diri dan martabat serta mampu menentukan sesuatu bagi dirinya.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi “Beneficence” (tidak tepat) karena Beneficence adalah keharusan untuk berbuat baik kepada pasien dimana setiap tindakan medis dan keperawatan harus ditujukan untuk kebaikan pasien atau mengimplementasikan tindakan yang menguntungkan pasien dan keluarga.</p> <p>Opsi “Non-maleficence” (tidak tepat), yaitu keharusan untuk menghindari berbuat yang merugikan pasien, setiap tindakan medis atau keperawatan tidak boleh memperburuk keadaan pasien. Berarti tindakan yang dilakukan tidak menyebabkan bahaya bagi pasien, bahaya di sini dapat berarti dengan sengaja membahayakan, risiko membahayakan dan bahaya yang tidak disengaja.</p> <p>Opsi “Fidelity” (tidak tepat) karena fidelity berkaitan dengan kewajiban perawat untuk selalu setia pada kesepakatan dan tanggung jawab yang telah dibuat. Prinsip fidelity adalah kewajiban perawat untuk tetap setia pada komitmennya.</p>

	<p>Opsi “Justice” (tidak tepat), karena justice merupakan sikap dan tindakan medis dan keperawatan harus bersifat adil, dokter dan perawat harus menggunakan rasa keadilan apabila akan melakukan tindakan kepada pasien.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 9.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat bertugas di IGD RS. Pada saat bersamaan masuk lima orang pasien dengan kondisi: Pasien A dengan Open Pneumothoraks, pasien B dengan serangan jantung, pasien C dengan fraktur fibula dekstra, pasien D dengan batuk dan pasien E dengan dehidrasi.</p> <p>Pasien manakah yang menjadi prioritas utama?</p> <p>A. Pasien A</p> <p>B. Pasien C</p> <p>C. Pasien D</p> <p>D. Pasien B</p> <p>E. Pasien E</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Pasien A dengan Open Pneumothoraks, pasien B dengan serangan jantung, pasien C dengan fraktur fibula dekstra, pasien D dengan batuk dan pasien E dengan dehidrasi.</p> <p>Pasien prioritas dari kasus adalah pasien serangan jantung. Pada kasus, pasien ini merupakan triase merah (High priority) dan apabila tidak segera ditindak akan mengancam nyawa.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain:</p> <p>Opsi pasien A tidak tepat karena pasien A merupakan pasien dengan Open Pneumothoraks yang berada pada triase kuning (intermediate priority) yaitu pasien tidak kritis namun kondisi pasien akan memburuk bila tidak segera ditangani.</p> <p>Opsi pasien B tidak tepat karena pasien C merupakan pasien dengan fibula dekstra yang berada pada triase hijau (low priority) yaitu pasien yang dapat menunggu penanganan tanpa menambah tingkat keparahan.</p> <p>Opsi pasien C tidak tepat karena pasien D merupakan pasien dengan dengan batuk yang berada pada triase hijau (low priority) yaitu pasien yang dapat menunggu penanganan tanpa menambah tingkat keparahan.</p> <p>Opsi pasien E tidak tepat karena pasien E merupakan pasien dengan dehidrasi yang berada pada triase kuning (intermediate priority) yaitu pasien tidak kritis namun kondisi pasien akan memburuk bila tidak segera ditangani.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 10.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (40 tahun) datang ke puskesmas untuk melakukan test tuberkulin. Klien mengatakan tinggal serumah dengan penderita TB. Perawat akan melakukan test mantoux dan saat ini perawat telah memasang handscoon.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tepat dilakukan?</p> <p>A. Desinfeksi area penusukan</p> <p>B. Melakukan insersi jarum dengan sudut 15 derajat</p>

	<p>C. Memilih lokasi insersi</p> <p>D. Merenggangkan lokasi penyuntikan</p> <p>E. Mengatur posisi klien</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban tepat: Desinfeksi area penusukan</p> <p>Prosedur Tindakan Injeksi Intradermal/Intrakutan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa instruksi dokter dan identifikasi pasien</li> <li>2. Jelaskan prosedurnya kepada pasien, tujuan pengobatan, lokasi penyuntikan, hasil yang diharapkan dan apa yang harus dilakukan pasien.</li> <li>3. Siapkan obat dari ampul/vial</li> <li>4. Cuci tangan.</li> <li>5. Kumpulkan peralatan di tepi ranjang pasien</li> <li>6. Posisikan pasien dan cari lokasi penyuntikan intradermal (bagian dalam lengan bawah, dada atas atau punggung atas di bawah skapula)</li> <li>7. Pasang handscoon, bersihkan area tersebut dengan swab alkohol dengan gerakan melingkar yang semakin mengarah ke luar. Biarkan kulit mengering. Letakkan kapas dinampan bersih untuk digunakan kembali untuk menarik keluar jarum.</li> <li>8. Buka penutup jarum dengan tangan yang tidak dominan dengan menariknya secara cepat.</li> <li>9. Gunakan tangan yang tidak dominan untuk meregangkan pada lokasi penyuntikan</li> <li>10. Posisikan jarum hampir sejajar dengan kulit pasien (15 derajat) dan tusukkan jarum kedalam kulit sehingga ujung jarum dapat dilihat lewat kulit. Masukkan jarum hanya sekitar 3mm.</li> <li>11. Suntikkan obat secara perlahan (0,01 – 0,1 mL). Amati timbulnya lepuh/blister. Jika tidak timbul, tarik jarum sedikit dan suntikkan obatnya.</li> <li>12. Tarik jarum dengan cepat dalam sudut yang sama dengan ketika jarum ditusukkan</li> <li>13. Jangan memijat area tersebut.</li> <li>14. Jangan tutup jarum kembali. Buang spuit dan jarum pada tempat yang seharusnya.</li> <li>15. Bantu pasien kembali ke posisi nyaman</li> <li>16. Lepas sarung tangan dan cuci tangan</li> <li>17. Catat pemberian obat – nama obat yang diberikan, jumlah, dosis, lokasi, dan respons pasien</li> <li>18. Gambar sebuah lingkaran mengelilingi lokasi penyuntikan menggunakan pena biru hitam. Catat tanggal dan waktu penyuntikan obat dan nama obat pada sehelai plester dan tempelkan didekat lokasi penyuntikan. Periksa reaksinya dalam waktu yang telah ditentukan.</li> </ol>

<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 11.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (56 tahun) dirawat di bangsal bedah dengan post laparotomi hari ke-3. Perawat akan melakukan perawatan luka pada pasien. Saat ini perawat telah memasang perlek dan pengalas di bawah luka pasien Apakah prosedur tindakan yang tepat dilakukan selanjutnya?</p> <p>A. Mencuci tangan</p> <p>B. Memakai handscoon</p> <p>C. Membuka set perawatan luka</p> <p>D. Membuka balutan</p> <p>E. Membersihkan luka</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Prosedur perawatan luka bersih</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan dan pakai APD sesuai kebutuhan</li> <li>2. Dekatkan alat pada pasien</li> <li>3. Letakkan bengkak di dekat luka pasien</li> <li>4. Pasang perlek dan pengalas di bawah lokasi luka</li> <li>5. Pasang handscoon bersih dan buka balutan luka dengan pinset anatomi bersih, jika balutan kering basahi dengan NaCl 0,9% dan kaji kondisi luka</li> <li>6. Masukkan bekas balutan luka ke dalam bengkak dengan melipat ke arah dalam</li> <li>7. Masukkan pinset yang telah digunakan ke dalam bengkak berisi larutan desinfektan</li> <li>8. Lepaskan handscoon kotor</li> <li>9. Buka set perawatan luka, masukkan kassa steril dan cairan yang akan digunakan</li> <li>10. Pasang handscoon steril</li> <li>11. Bersihkan luka dengan NaCl 0,9% dengan satu arah atau sirkuler dari dalam ke luar</li> <li>12. Bersihkan daerah di sekitar luka dengan kassa yang dibasahi NaCl 0,9%</li> <li>13. Oleskan luka dengan kassa yang telah diberi antiseptik</li> <li>14. Tutup luka dengan kassa kering sesuai ukuran luka dan lakukan fiksasi</li> <li>15. Komunikasikan dengan klien bahwa perawatan luka telah selesai dilakukan dan jelaskan kondisi luka</li> <li>16. Anjurkan menjaga kebersihan sekitar luka</li> <li>17. Bereskan alat-alat, lepaskan APD dan cuci tangan</li> <li>18. Dokumentasikan perawatan luka secara lengkap (kondisi luka : luas luka, warna, bau, eksudat)</li> </ol>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 12.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Perawat sedang melihat irama jantung pasien melalui monitor. Tiba-tiba irama jantung pasien berubah tidak ada gelombang P, dan kompleks QRS melebar &gt; 0,012 s, irama tidak teratur, heart rate 150x/menit.</p>

	<p>Apakah interpretasi dari gambaran EKG pasien ?</p> <p>A. Ventrikular Takikardi</p> <p>B. Ventrikular Fibrilasi</p> <p>C. Atrial Fibrilasi</p> <p>D. Sinus Takikardi</p> <p>E. Sinus Bradikardi</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>Data fokus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada gelombang P</li> <li>- Kompleks QRS melebar</li> <li>- Irama tidak teratur</li> <li>- HR : 150 x/menit</li> </ul> <p>Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami Ventrikular Fibrilasi.</p> <p>Tinjauan opsi lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi “Ventrikular Takikardi” (tidak tepat), digambarkan dengan : tidak ada gelombang P, kompleks QRS melebar, dan irama teratur.</li> <li>- Opsi “Atrial Fibrilasi” (tidak tepat), digambarkan dengan : gelombang P diikuti QRS, PR interval tidak dapat dihitung, dengan gelombang P tidak teratur.</li> <li>- Opsi “Sinus Takikardi” (tidak tepat), digambarkan dengan : gelombang P diikuti QRS, PR interval normal, irama teratur, dengan HR : &gt;100 x/menit.</li> <li>- Opsi “Sinus Bradikardi” (tidak tepat), digambarkan dengan : gelombang P diikuti QRS, PR interval normal, irama teratur, dengan HR : &lt;60 x/menit.</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 13.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Ketika hand-over, perawat menjelaskan bahwa bayi A (usia 7 bulan) menderita AIDS karena tertular oleh ibunya, sehingga saat ini dirawat dengan berbagai komplikasi. Perawat menjelaskan hal tersebut di depan ruang rawat dengan suara yang jelas dan cukup keras untuk di dengar dari dalam ruang rawat.</p> <p>Apa prinsip etik yang dilanggar oleh perawat?</p> <p>A. veracity</p> <p>B. confidentiality</p> <p>C. autonomy</p>

	<p>D. non-maleficence</p> <p>E. accountability</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Pembahasan :</p> <p>Prinsip etik merupakan penuntun profesi untuk melakukan tindakan yang baik atau tepat sesuai dengan norma yang berlaku. Beberapa prinsip etik yang sering muncul dalam soal yakni (AIPNI, 2019; Polit &amp; Beck, 2014):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Beneficence: memberikan kebermanfaatan</li> <li>b. Non-maleficence: meminimalkan bahaya dengan melaksanakan intervensi sesuai SOP</li> <li>c. Akuntabilitas: melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan profesionalisme keperawatan</li> <li>d. Justice: berlaku adil kepada siapapun</li> <li>e. Autonomy: selalu mengembalikan keputusan terhadap intervensi/pengobatan kepada klien/keluarga dan menerapkan informed consent</li> <li>f. Veracity: mengungkapkan secara jujur dan tidak merekayasa kondisi klien</li> <li>g. Fidelity: setia, menepati janji, menjaga kepercayaan klien dengan dirinya sebagai perawat/tenaga kesehatan</li> <li>h. Confidentiality: menjaga kerahasiaan data dan kondisi klien yang tertera di rekam medis dari orang lain yang tidak berkepentingan, kecuali diminta di pengadilan (berkaitan dengan hukum)</li> </ul> <p>Data Fokus</p> <p>Perawat secara tidak langsung menyebarkan informasi rekam medis pasien yang seharusnya bersifat rahasia karena ketika ia menjelaskan kondisi klien dengan suara yang jelas dan keras hingga terdengar dari dalam ruang rawat, semua orang yang ada dalam ruang rawat tersebut (termasuk pasien lain dan keluarganya) mengetahui informasi tersebut -&gt; perawat tidak menjaga kerahasiaan data klien yang ada di rekam medis -&gt; perawat melanggar prinsip confidentiality</p> <p>Jawaban yang tepat :</p> <p>b. confidentiality</p> <p>Pada kasus, meskipun hand over adalah suatu hal yang harus dilakukan, namun perawat kurang memperhatikan kerahasiaan informasi yang disampaikan dalam hand over tersebut. Akibatnya, orang lain yang tidak berhak mengetahui informasi terkait klien menjadi terinformasi dan hal ini berarti perawat melanggar prinsip confidentiality.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p>

	Opsi A, C, D, E tidak tepat karena tidak ada isu etik tersebut dalam kasus
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 14.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang wanita (50 tahun) dirawat di RSJ sejak 3 minggu yang lalu dengan keluhan sering keluyuran dan marah-marah tanpa sebab. Hasil pengkajian: pasien tampak kotor, rambut berkutu, tidak mau mandi, dan makan sambil jongkok. Apakah masalah keperawatan yang tepat?</p> <p>A. Halusinasi</p> <p>B. Perilaku kekerasan</p> <p>C. Defisit perawatan diri</p> <p>D. Risiko perilaku kekerasan</p> <p>E. Isolasi sosial</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban yang tepat : C. defisit perawatan diri.</p> <p>DO : pasien tampak kotor, rambut berkutu, tidak mau mandi, dan makan sambil jongkok.</p> <p>Data di atas menunjukkan pasien mengalami masalah defisit perawatan diri yaitu tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (SDKI, 2016).</p> <p>Tanda dan gejala pasien yang mengalami masalah defisit perawatan diri berupa menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi atau mengenakan pakaian atau makan atau ke toilet atau bernias secara mandiri serta kurangnya minat dalam melakukan perawatan diri, dimana salah satu penyebabnya adalah karena pasien mengalami gangguan psikologis/psikotik (SDKI, 2016).</p> <p>Tinjauan opsi lainnya :</p> <p>Opsi "Halusinasi" (Tidak Tepat), karena berdasarkan data pengkajian saat ini tidak ditemukan adanya perubahan persepsi sensori misalnya berupa suara/penglihatan dll.</p> <p>Opsi "risiko perilaku kekerasan" (Tidak Tepat), karena berdasarkan pengkajian saat ini tidak ditemukan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan.</p> <p>Opsi "perilaku kekerasan" (Tidak Tepat), karena berdasarkan pengkajian saat ini tidak ditemukan adanya tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dilakukan klien.</p> <p>Opsi "isolasi sosial" (Tidak Tepat), karena pada kasus tidak ditemukan adanya tanda dan gejala isolasi sosial misalnya berupa menarik diri, tidak berminat atau menolak interaksi dengan orang lain dan lingkungan.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 15.</b>	

<b>Soal</b>	<p>Seorang anak (15 tahun) dibawa ke IGD dengan keluhan badan terasa lemas, demam naik turun sejak 3 hari yang lalu, mual, nyeri di epigastrium, berak hitam dan mimisan. Suhu 38 C, frekuensi napas 34x/menit, frekuensi nadi 102x/menit, Hb 9,6 gr/dl, leukosit 9.800/mm<sup>3</sup> dan trombosit 30.000/μL. Anak didiagnosis DHF dan akan dilakukan pemasangan infus oleh perawat.</p> <p>Apakah cairan infus yang tepat diberikan kepada anak?</p> <p>A.Ringer Laktat</p> <p>B.Amiparen</p> <p>C.Dextrose 5%</p> <p>D.NaCl 0,9%</p> <p>E.Ka-en 4 B</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Berdasarkan kasus di atas, cairan infus yang tepat diberikan kepada anak adalah cairan Ringer laktat/Ringer asetat.</p> <p>Berdasarkan (MTBS,2015) anak dengan tanda gejala sering muntah, berak berwarna hitam, perdarahan dari hidung dan uji torniket (+) diklasifikasikan sebagai demam berdarah dengue. Maka tindakan yang dilakukan adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jika ada syok, beri oksigen 2-4 liter dan beri cairan intravena sesuai petunjuk</li> <li>2. Jika tidak ada syok tapi sering muntah atau malas minum, beri cairan Ringer laktat/Ringer asetat.</li> <li>3. Jika tidak ada syok, tidak muntah, dan masih mau minum, beri oralit atau cairan lain sebanyak mungkin dalam perjalanan menuju rumah sakit.</li> <li>4. Beri dosis paracetamol jika demam tinggi</li> <li>5. Rujuk segera</li> </ol> <p>Cairan ringer laktat digunakan untuk menggantikan cairan isotonik yang hilang, elektrolit tertentu, dan untuk mengatasi asidosis metabolik tingkat sedang (Perry &amp; Potter, 2006).</p> <p>Tinjauan opsi lainnya;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Option “NaCl 0,9 %” tidak tepat, karena cairan NaCl 0,9% digunakan untuk menggantikan garam (cairan isotonik) yang hilang, diberikan untuk pasien dalam kondisi syok hemodinamik (Perry &amp; Potter, 2006).</li> <li>- Option “Dextrose 5 %” tidak tepat, karena D5 % digunakan sebagai cairan resusitasi pada terapi intravena serta untuk keperluan hidrasi selama dan sesudah operasi, serta juga diberikan pada keadaan oliguria ringan sampai sedang (kadar kreatinin kurang dari 25 mg/100ml) (Kozier, dkk, 2000).</li> <li>-Option “Amiparen” tidak tepat, karena Cairan ini bermanfaat bagi pasien yang mengalami stres metabolik berat, mengalami luka bakar, kwasiokor dan sebagai kebutuhan nutrisi secara parental. (Kozier, dkk, 2000).</li> <li>- Option KA-EN 3 B” tidak tepat, karena KA-EN 3 B adalah cairan infus rumatan untuk bayi dan anak usia kurang 3 tahun yang berfungsi untuk</li> </ul>



	mensuplai kalium pada pasien sehingga meminimalkan risiko hipokalemia, serta tepat digunakan untuk dehidrasi hipertonik (Kozier, dkk, 2000).
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 16.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang KaTim di suatu ruangan dalam satu shift melakukan pembagian tugas kepada perawat di ruangnya berdasarkan kemampuan yang dimiliki oleh anggotanya seperti melakukan injeksi, melakukan pemasangan infus, melakukan perawatan luka.</p> <p>Apa metode asuhan keperawatan yang digunakan dalam kasus?</p> <p>A. Primer</p> <p>B. Tim</p> <p>C. Fungsional</p> <p>D. Kasus</p> <p>E. Modular</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan:</p> <p>Terdapat berbagai macam metode asuhan keperawatan yaitu: metode kasus, fungsional, tim, primer, modular.</p> <p>Data fokus: Pembagian tugas keperawatan dibagi berdasarkan tindakan seperti melakukan injeksi, melakukan pemasangan infus, melakukan perawatan luka.</p> <p>Jawaban tepat: a. fungsional dimana metode keperawatan yang membagi tugas perawat per tindakan tertentu, misal: ada perawat yang bertugas hanya melakukan perawatan luka saja, ada yang bertugas injeksi saja, dan ada yang bertugas mengisi laporan ASKEP saja.</p> <p>Jawaban tidak tepat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Opsi tim: tidak tepat. Metode tim merupakan pemberian asuhan keperawatan, yaitu seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok klien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif.</li> <li>-Opsi primer: tidak tepat. Metode penugasan dimana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan klien mulai dari klien masuk sampai keluar rumah sakit.</li> <li>-Opsi kasus: tidak tepat. Metode ini satu perawat akan memberikan asuhan keperawatan kepada seorang klien secara total dalam satu periode dinas. Jumlah klien yang dirawat oleh satu perawat bergantung pada kemampuan perawat tersebut dan kompleksnya kebutuhan klien</li> <li>-Opsi modular: tidak tepat karena merupakan bentuk variasi dari metode keperawatan primer, dengan perawat profesional dan perawat non-profesional bekerja sama dalam memberikan asuhan keperawatan</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 17.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Pada saat melakukan kunjungan rumah, perawat menemukan satu anggota keluarga menderita kelumpuhan. Anggota keluarga mengatakan tidak mempunyai BPJS dan dana untuk membawa pasien ke yankes. Perawat kemudian membantu keluarga dalam pengurusan BPJS.</p> <p>Apakah prinsip etik yang diterapkan oleh perawat ?</p>

	<p>A. Beneficience</p> <p>B. Autonomy</p> <p>C. Justice</p> <p>D. Veracity</p> <p>E. Fidelity</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Perawat kemudian membantu keluarga dalam pengurusan BPJS. Maka pilihan yang tepat adalah Beneficience karena prinsip ini menjelaskan bahwa perawat melakukan yang terbaik bagi klien.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <p>Autonomy (Tidak Tepat) karena prinsip ini menjelaskan bahwa klien harus diberi kebebasan untuk menentukan sendiri keputusannya.</p> <p>Justice (Tidak Tepat) karena prinsip ini menjelaskan bahwa perawat harus berlaku adil pada setiap klien sesuai dengan kebutuhannya</p> <p>Veracity (Tidak Tepat) karena prinsip ini menekankan bahwa perawat harus mengatakan yang sebenarnya dan tidak membohongi klien.</p> <p>Fidelity (Tidak Tepat) karena prinsip ini menekankan pada kesetiaan perawat pada komitmennya menepati janji, menyimpan rahasia, caring terhadap individu/keluarga.</p>
<b>Materi</b>	<p>D3 Keperawatan</p>
<p align="center"><b>Nomor 18.</b></p> <p align="center">Bimbel Keperawatan Tenaga Kesehatan</p>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang kepala ruangan rawat RS saat ini sedang mengevaluasi pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan pasien di ruangan. Ka.Ru menilai proses pendokumentasian yang dilakukan oleh Ka. Tim dan perawat pelaksana serta hasil dari pendokumentasian tersebut.</p> <p>Apakah fungsi manajer yang dilakukan oleh kepala ruangan ?</p> <p>A. Planning</p> <p>B. Controlling</p> <p>C. Staffing</p> <p>D. Directing</p> <p>E. Organizing</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Peran dan fungsi manajemen keperawatan :</p> <p>1. Planning.</p> <p>Pada proses perencanaan, menentukan misi, visi, tujuan, kebijakan, prosedur, dan peraturan-peraturan dalam pelayanan keperawatan, kemudian membuat perkiraan proyeksi jangka pendek dan jangka panjang serta menentukan jumlah biaya dan mengatur adanya perubahan berencana.</p> <p>2. Organizing.</p>

	<p>Meliputi beberapa kegiatan diantaranya adalah menetapkan struktur organisasi, menentukan model penugasan keperawatan sesuai dengan keadaan klien dan ketenagaan, mengelompokkan aktivitas-aktivitas untuk mencapai tujuan dari unit, bekerja dalam struktur organisasi yang telah ditetapkan dan memahami serta menggunakan kekuasaan dan otoritas yang sesuai.</p> <p>3. Staffing.</p> <p>Meliputi kegiatan yang berhubungan dengan kepegawaian diantaranya adalah rekrutmen, wawancara, mengorientasikan staf, menjadwalkan dan mengsosialisasikan pegawai baru serta pengembangan staf.</p> <p>4. Directing.</p> <p>Meliputi pemberian motivasi, supervisi, mengatasi adanya konflik, pendelegasian, cara berkomunikasi dan fasilitasi untuk kolaborasi.</p> <p>5. Controlling.</p> <p>Meliputi pelaksanaan penilaian kinerja staf, pertanggungjawaban keuangan, pengendalian mutu, pengendalian aspek legal dan etik serta pengendalian profesionalisme asuhan keperawatan.</p> <p>Ka.Ru menilai proses pendokumentasian yang dilakukan oleh Ka. Tim dan perawat pelaksana serta hasil dari pendokumentasian tersebut. Maka ini termasuk kepada controlling</p> <p>Tinjauan opsi lainnya Opsi lainnya tidak sesuai dengan kasus</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 19.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (48 tahun) ke poliklinik RS dengan keluhan: badan terasa berat, sesak saat beraktivitas, pasien mengatakan sering lapar, sering mengemil, makan tidak teratur dan jarang berolahraga. BB 96 Kg, TB 164 cm. Apakah diagnosis keperawatan yang tepat?</p> <p>A.Risiko berat badan lebih B.Berat badan lebih C.Obesitas D.Risiko kadar glukosa darah tidak stabil E.Intoleransi aktivitas</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>XPembahasan</p> <p>Data fokus diangkatnya diagnosis keperawatan obesitas pada kasus adalah ; sering mengemil, makan tidak teratur dan jarang berolahraga, BB 96 Kg, TB 164 cm &gt;&gt; BMI 35 (&gt; 27 kg/m<sup>2</sup>).</p> <p>Obesitas didefinisikan sebagai Akumulasi lemak yang berlebih atau abnormal yang tidak sesuai dengan usia dan jenis kelamin, serta melampaui kondisi berat badan lebih (overweight), yang didukung dengan data mayor BMI &gt; 27 Kg/m<sup>2</sup> (orang dewasa).</p> <p>Tinjauan opsi lainnya ;</p> <p>Opsi Risiko berat badan lebih (tidak tepat), karena data pada kasus merupakan masalah yang terjadi actual yang ditunjukkan dengan BB dan TB yang berada di atas ideal (overweight).</p> <p>Opsi Berat badan lebih (tidak tepat), Akumulasi lemak yang berlebih atau abnormal yang tidak sesuai dengan usia dan jenis kelamin, yang</p>

	<p>didukung dengan data mayor IMT &gt;25 kg/m<sup>2</sup> (pada dewasa) atau berat dan panjang badan lebih dari persentil 95 (pada anak)</p> <p>Opsi Risiko kadar glukosa darah tidak stabil (tidak tepat), karena diagnosis ini ditegakkan pada pasien dengan factor risiko; tidak menjalankan instruksi diet, kurang terpapar informasi tentang penyakit DM.</p> <p>Opsi Intoleransi aktivitas (tidak tepat), karena diagnosis ini berkaitan dengan ketidakcukupan energy pasien dalam melakukan aktivitas sehari hari, yang didukung dengan data; mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat setelah beraktivitas, merasa sesak dan tidak nyaman setelah beraktivitas.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 20.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang Kepala Ruangan memberikan tugas kepada salah seorang perawat pelaksana baru untuk langsung berdinasi di ruang rawat tanpa adanya orientasi dan pengarahan ruangan. Ka. Ru hanya menugaskan perawat baru untuk melakukan apa yang bisa dilakukannya saja terlebih dahulu.</p> <p>Apakah kondisi yang berpotensi mengakibatkan pendelegasian tidak berjalan efektif ?</p> <p>A. False Delegation</p> <p>B. Over Delegation</p> <p>C. Unproper Delegation</p> <p>D. Indirect Delegation</p> <p>E. Under Delegation</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Delegasi dalam praktek keperawatan profesional sering mengalami masalah, dimana proses delegasi tidak dilaksanakan secara efektif. Hal ini diarekanan tiga hal :</p> <p>b. Under delegation : Pelimpahan tugas terlalu sedikit. Staf diberi wewenang yang sangat sedikit, terbatas dan sering tidak terlalu jelas.</p> <p>a. Over delegation : Pemberian delegasi berlebihan. Di sini dapat terjadi penyalahgunaan wewenang.</p> <p>c. Unproper delegation : Pelimpahan yang tidak tepat. Kesalahan yang ditemukan adalah, pemberian tugas limpah, orang yang tepat, dan alasan delegasi hanya karena faktor senang/tidak senang. Pelimpahan ini tidak efektif karena kecendrungan pimpinan menilai pekerjaanya berdasarkan unsur subyektif.</p> <p>Delegasi yang baik tergantung pada keseimbangan antara komponen tanggung jawab, kemampuan dan wewenang. Tanggung jawab (responsibility) adalah suatu rasa tanggung jawab terhadap penerimaan suatu tugas, kemampuan (accountability) adalah kemampuan seseorang dalam melaksanakan tugas limpah. Wewenang (authority) adalah pemberian hak dan kekuasaan penerima tugas limpah untuk mengambil suatu keputusan terhadap tugas yang dilimpahkan.</p> <p>Ka. Ru hanya menugaskan perawat baru untuk melakukan apa yang bisa dilakukannya saja terlebih dahulu, maka ini termasuk kepada under</p>

	<p>delegation</p> <p>Tinjauan opsi lainnya</p> <p>Opsi lainnya tidak sesuai dengan kasus dan indirect serta false delegation tidak termasuk akibat proses pendelegasian tidak efektif</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 21.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (27 tahun) ke poliklinik mata. Pasien sedang dilakukan pemeriksaan visus mata dengan snellen chart, saat ini perawat telah meminta pasien duduk di kursi dengan jarak 5 meter dari snellen chart.</p> <p>Apakah tindakan yang dilakukan selanjutnya?</p> <p>A.Minta pasien melihat ke depan dengan rileks</p> <p>B.Minta pasien menyebut huruf, angka atau simbol yang ditunjuk</p> <p>C.Minta pasien menutup salah satu mata</p> <p>D.Pastikan cahaya ruang pemeriksaan cukup</p> <p>E.Cuci tangan</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Prosedur Tindakan Pemeriksaan Visus :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan</li> <li>2. Jelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan</li> <li>3. Pastikan cahaya ruang pemeriksaan cukup</li> <li>4. Berikan instruksi kepada pasien dengan jelas dan sopan</li> <li>5. Mintalah pasien duduk pada jarak 5 atau 6 m dari optotipe Snelle</li> <li>6. Minta penderita untuk menutup satu matanya tanpa menekan bola matanya, mulai pemeriksaan pada mata kanan penderita</li> <li>7. Minta pasien untuk melihat ke depan dengan rileks, tanpa melirik atau mengerutkan kelopak mata</li> <li>8. Minta pasien untuk menyebut huruf, angka atau sibol yang ditunjuk</li> <li>9. Tunjuk huruf, angka atau symbol pada optotipe Snellen dari atas kebawah, dengan menggunakan alat penunjuk</li> <li>10. Lakukan pengulangan beberapa kali pada baris yang sama padaoptotipe Snellen bila penderita salah menyebut angka, huruf atau symbol pada optotipe, dan lanjutkan penunjukan ke bawah bilapasien dapat menyebut dengan benar</li> <li>11. Tentukan visus penderita sesuai dengan hasil pemeriksaan</li> <li>12. Bila visus penderita tidak optimal, dilakukan koreksi dengan lensacoba sampai didapatkan visus yang maksimal</li> <li>13. Besarnya lensa coba yang digunakan menunjukkan besarnya kelainan refraksi</li> </ol>

	<p>14. Informasikan hasil pemeriksaan pada pasien</p> <p>15. Catat</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 22.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (56 tahun) dibawa ke RS dengan penurunan kesadaran. Hasil pengkajian: kesadaran somnolen, diketahui klien menderita DM sejak 5 tahun lalu dan hasil GDS 45 mg/dl. Perawat berkolaborasi dengan dokter untuk memberikan Dekstrosa 40% 50 ml IV. Setelah 1 jam didapatkan hasil GDS 70 mg/dl.</p> <p>Apakah terapi selanjutnya yang tepat diberikan kepada pasien ?</p> <p>A. Pemberian larutan Dekstrosa 40% sebanyak 50 ml IV</p> <p>B. lakukan pemantauan GDS setiap 2 jam</p> <p>C. Berikan gula murni 30 gr per oral</p> <p>D. Hentikan pemberian Dekstrosa 40%</p> <p>E. Pemberian larutan Dekstrosa 40% sebanyak 25 ml IV</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien dengan penurunan kesadaran</li> <li>- kesadaran somnolen</li> <li>- hasil GDS 45 mg/dl,</li> <li>- pemberian Dekstrosa 40% 50ml IV, setelah 1 jam didapatkan hasil GDS 70 mg/dl</li> </ul> <p>Hipoglikemia adalah suatu keadaan dimana kadar glukosa dalam darah dibawah normal (&lt;70mg/dl) (ADA, 2016). Hipoglikemia adalah efek samping yang paling sering terjadi akibat terapi penurunan glukosa darah pada pasien DM dan pengontrolan glukosa darah secara intensif selalu meningkatkan risiko terjadinya hipoglikemia berat</p> <p>Adapun tatalaksana hipoglikemia sebagaimana dikutip langsung dari buku Clinical Pathway yang diterbitkan oleh Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia (PAPDI) tahun 2015 adalah pemberian gula murni sebesar 30 gram (2 sendok makan) atau siruppermen gula murni pada pasien sadar atau stadium permulaan, dan penggunaan protokol sebagai berikut untuk pasien tidak sadar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian larutan Dekstrosa 40% sebanyak 50 ml dengan bolus intravena (IV)</li> <li>2. Pemberian cairan Dekstrosa 10% per infus, 6 jam per kolf (500 cc).</li> <li>3. Periksa GDS, bila: <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS &lt; 50 mg/dl, berikan bolus Dekstrosa 40% 50 ml IV</li> <li>- GDS &lt; 100 mg/dl berikan bolus Dekstrosa 40% 25 ml IV</li> </ul> </li> </ol>

	<p>4. Periksa GDS setiap 1 jam setelah pemberian Dekstrosa 40%, bila:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS &lt; 50 mg/dl, berikan bolus Dekstrosa 40% 50 ml IV</li> <li>- GDS &lt; 100 mg/dl berikan bolus Dekstrosa 40% 25 ml IV</li> <li>- GDS 100-200 mg/dl, tanpa bolus dekstrosa 40%</li> <li>- GDS &gt;200 mg/dl, pertimbangkan menurunkan kecepatan drip Dekstrosa 10%</li> </ul> <p>5. Setelah poin no (4), dilakukan 3 kali berturut-turut hasil GDS &gt; 100 mg/dl, lakukan pemantauan GDS setiap 2 jam dengan protokol no (4)</p> <p>6. Setelah poin no (5) dilakukan 3 kali berturut-turut hasil GDS &gt; 100 mg/dl, lakukan pemantauan GDS setiap 4 jam dengan protokol no (5).</p> <p>7. Bila GDS &gt; 100 mg/dl sebanyak 3 kali berturut-turut, sliding scale setiap 6 jam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS &lt; 200 mg/dl, jangan berikan insulin</li> <li>- GDS 200-250 mg/dl, berikan 5 unit insulin</li> <li>- GDS 250-300 mg/dl, berikan 10 unit insulin</li> <li>- GDS 300-350 mg/dl, berikan 15 unit insulin</li> <li>- GDS &gt; 350 mg/dl, berikan 20 unit insulin</li> </ul> <p>8. Bila hipoglikemia belum teratasi, pertimbangkan pemberian antagonis insulin, seperti: Deksametason 10 mg IV bolus, dilanjutkan 2 mg tiap 6 jam dan Manitol 1,5-2 g/KgBB IV setiap 6-8 jam. Cari penyebab lain penurunan kesadaran</p> <p>Perawat berkolaborasi dengan dokter untuk memberikan Dekstrosa 40% 50 ml IV. Setelah 1 jam didapatkan hasil GDS 70 mg/dl. Maka, tindakan selanjutnya yaitu pemberian larutan Dekstrosa 40% sebanyak 25 ml IV</p> <p>Tinjauan Opsi Lainnya</p> <p>Opsi lainnya tidak sesuai dengan kasus</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 23.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang anak (5 tahun) post kecelakaan dibawa ke RS. Hasil pengkajian: anak tidak sadar, suara gurgling, keluar darah dari mulut, luka robek pada ekstremitas bawah, tampak jejas di daerah leher, frekuensi napas 28x/menit, frekuensi nadi 100x/menit.</p> <p>Apakah tindakan utama dilakukan untuk membuka jalan napas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Head tilt dan Chin lift</li> <li>B. Lakukan pemasangan OPA</li> <li>C. Siapkan suction</li> <li>D. Jaw thrust</li> <li>E. Beri ventilasi buatan</li> </ul>

<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anak tidak sadar.</li> <li>- suara napas gurgling</li> <li>- jejas pada leher (dugaan trauma leher)</li> <li>- keluar darah dari mulut</li> <li>- luka robek pada ekstremitas bawah</li> <li>- frekuensi napas 28 \times /\$ menit</li> <li>- frekuensi nadi 100 \times /\$ menit</li> </ul> <p>Diagnosis pada kasus yaitu Bersihan jalan napas tidak efektif. Maka untuk mengatasi masalah tersebut, tindakan yang tepat dilakukan perawat adalah Jaw Thrust, merupakan tata laksana jalan napas yang digunakan untuk pasien tidak sadar dengan adanya dugaan trauma leher. Tata laksana head jaw thrust sebagai berikut (WHO, 2008).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>dorong sudut rahang kiri dan kanan ke arah depan sehingga barisan gigi bawah berada di depan barisan gigi atas</li> <li>Lihat rongga mulut dan keluarkan benda asing bila ada dan bersihkan sekret dari rongga mulut.</li> <li>Evaluasi jalan napas dengan melihat pergerakan dinding dada (look), dengarkan suara napas (listen) dan rasakan adanya aliran udara napas (feel).</li> </ol> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Head tilt chin lift tidak tepat, karena digunakan untuk membuka jalan napas pada pasien yang tidak dicurigai mengalami trauma leher.</li> <li>- Beri ventilasi buatan tidak tepat, napas buatan dilakukan setelah jalan napas terbuka (tidak ada sumbatan/benda asing pada jalan napas).</li> <li>- Pemasangan OPA tidak tepat, pemasangan gudel digunakan untuk mempertahankan jalan napas bila tindakan head tilt chin lift dan jaw thrust tidak berhasil.</li> <li>- Siapkan suction tidak tepat, suction dilakukan jika jalan napas terbuka dan adanya sumbatan berupa cairan di jalan napas.</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan      Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan
<b>Nomor 24.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (27 tahun) datang ke puskesmas untuk konsultasi pemilihan alat kontrasepsi. Hasil pengkajian: pasien memiliki dua anak berusia 2 tahun dan 1 bulan. Pasien masih ingin mempunyai anak tetapi ingin menunda terlebih dahulu. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 1 tahun lalu dan tidak mengetahui alat kontrasepsi yang tepat untuknya.</p> <p>Apakah kontrasepsi yang tepat untuk diberikan pada pasien?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>IUD</li> <li>Implant</li> <li>Injeksi</li> <li>Pil</li> <li>Tubektomi</li> </ol>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien 27 tahun post partum 1 bulan yang lalu</li> <li>- Masih ingin memiliki anak tetapi ingin menunda terlebih dahulu</li> </ul>



	<p>- Memiliki riwayat hipertensi sejak 1 tahun yang lalu</p> <p>Maka alat kontrasepsi yang tepat untuk diberikan pada pasien adalah IUD.</p> <p>IUD merupakan alat kontrasepsi dalam rahim yang memiliki keuntungan sangat efektif, praktis, dapat dipakai dalam waktu lama, dan tidak mengganggu produksi ASI. Penggunaan IUD disarankan pada ibu yang masih menyusui dan tidak ingin mempunyai anak dalam waktu dekat (menjarakkan kehamilan).</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <p>Opsi "Pil" tidak tepat karena tidak diperbolehkan pada ibu dengan hipertensi dan menyusui &lt;6 minggu</p> <p>Opsi "Injeksi" tidak tepat karena tidak disarankan untuk ibu menyusui kurang dari 6 minggu</p> <p>Opsi "Implant" tidak tepat karena tidak disarankan pada penderita hipertensi, menyusui kurang dari 6 minggu</p> <p>Opsi "Tubektomi" tidak tepat karena tubektomi diindikasikan pada pasien yang tidak akan mendapatkan keturunan lagi, sedangkan pada kasus pasien hanya ingin menjarakkan kehamilan</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 25.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (48 tahun) dirawat di RS post TURP atas indikasi BPH. Hasil pengkajian: Pasien terpasang folley catheter sudah 10 hari, nyeri pada area pemasangan kateter dan pasien tidak bisa menahan BAK. Hari ini pasien direncanakan pulang dan akan dilakukan pelepasan folley catheter.</p> <p>Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tepat dilakukan oleh perawat?</p> <p>A. Melakukan irigasi kandung kemih secara kontinyu</p> <p>B. Menyiapkan alat untuk melepaskan folley catheter</p> <p>C. Menganjurkan pasien mengurangi minum</p> <p>D. Melakukan bladder training pada pasien</p> <p>E. Menganjurkan memakai folley catheter dirumah</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>BPH adalah penyakit pembesaran prostat yang terjadi akibat proses bertambahnya jumlah sel-sel kelenjar dan jaringan penyokong pada prostat sehingga menimbulkan berbagai gejala terganggunya proses berkemih karena letaknya yang mengelilingi uretra atau saluran kemih pria</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terpasang folley catheter sudah 10 hari</li> <li>- nyeri pada area pemasangan kateter</li> <li>- pasien tidak bisa menahan BAK</li> </ul>

	<p>- Hari ini pasien direncanakan pulang dan akan dilakukann pelepasan folley catheter</p> <p>Pada pasien post op TURP ai BPH akan dilakukan pemasangan folley catheter dalam waktu yang cukup lama untuk memenuhi kebutuhan BAK dan mencegah terjadinya 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 control spingter urethra eksterna dalam pengeluaran urine (inkontinensia urine).</p> <p>Sehingga sebelum folley catheter dilepaskan, intervensi keperawatan yang harus dilakukan perawat adalah mengajarkan pasien melakuakn bladder training untuk mencegah inkontinensia urine. Bladder training adalah salah satunupaya yang dilakukan untuk mengembalikan fungsi kandung kemih yang mengalami gangguan ke keadaan normal.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi Menganjurkan memakai folley catheter dirumah tidak tepat karena penggunaan folley catheter harus berdasarkan indikasi dan pengawasan dari petugas medis</p> <p>Opsi Menganjurkan pasien mengurangi minum tidak tepat karna hal ini dapat menyebabkan klien mengalami dehidrasi</p> <p>Opsi Melakukan irigasi kandung kemih secara kontinyu tidak tepat karena tindakan ini dilakukan langsung ketika post operasi TURP</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 26.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (38 tahun) dirawat dengan TB paru. Hasil pengkajian: pasien tampak pucat, napas cepat dan batuk terus menerus. Hasil pengkajian: pasien kesulitan mengeluarkan dahak, auskultasi ronki di kedua lapang paru dan saturasi oksigen 97%.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada pasien?</p> <p>A. Berikan bantuan oksigen 3L / menit via nasal canule</p> <p>B. Posisikan pasien high fowler</p> <p>C. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>D. Lakukan fisioterapi dada</p> <p>E. Berikan terapi inhaler</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data focus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dirawat dengan TB paru.</li> <li>- pasien tampak pucat, napas cepat dan batuk terus menerus.</li> <li>- pasien kesulitan mengeluarkan dahak,</li> <li>- auskultasi ronki di kedua lapang paru</li> <li>- saturasi oksigen 97%.</li> </ul>

Masalah keperawatan: bersihan jalan napas tidak efektif b.d penumpukan secret d.d napas cepat, pasien kesulitan mengeluarkan dahak, auskultasi ronki di kedua lapang paru

Intervensi yang tepat adalah: Latihan batuk efektif

Latihan batuk efektif adalah intervensi untuk melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan laring, trakea dan bronkeolus dari secret atau benda asing di jalan napas. Pada kasus, pasien sering batuk tapi kesulitan mengeluarkan dahaknya, sehingga dapat disimpulkan bahwa kemampuan batuknya tidak adekuat untuk membersihkan jalan napas dari tumpukan sputum. Untuk itulah, pasien dapat diajarkan Teknik batuk efektif agar jalan napas paten dan napas pasien lebih efektif.

Tinjauan opsi lain:

Opsi Berikan bantuan oksigen 3L / menit via nasal canule tidak tepat karena pemberian bantuan oksigen Ketika jalan napas tidak paten tidak memberikan efek yang maksimal

Opsi Posisikan pasien high fowler tidak tepat karena positioning berfungsi untuk memaksimalkan ekspansi paru, namun tidak dapat digunakan untuk membersihkan jalan napas

Opsi Berikan terapi inhaler tidak tepat karena inhaler berfungsi melegakan napas tetapi tidak dapat membantu mengeluarkan sputum dari jalan napas

Opsi lakukan fisioterapi dada kurang tepat. Tindakan ini sebaiknya dilakukan setelah mengajarkan Latihan batuk efektif karena di akhir sesi fisioterapi, pasien dianjurkan untuk batuk efektif guna mengeluarkan sputum dari paru. Maka Latihan batuk efektif didahulukan jika pasien belum bisa batuk efektif, baru setelah itu dilakukan fisioterapi dada untuk mengeluarkan manifestasi sputum di paru.

**Materi**

D3 Keperawatan

**Nomor 27.**

**Soal**

Seorang lansia (68 tahun) masuk sebuah Rumah Sakit dengan DHF. Hasil pengkajian: akral teraba hangat, mengeluh mual muntah, nafsu makan kurang, tampak lemah, demam sudah 3 hari, petekie (+), sulit tidur dan gelisah, tekanan darah 100/70 mmHg, frekuensi nadi 97 x/menit frekuensi napas 24 x/menit, suhu 38,9 C.

Apakah diagnosis keperawatan utama yang tepat?

- A. Defisit nutrisi
- B. Hipertermia
- C. Risiko perdarahan
- D. Gangguan pola tidur

	E. Keletihan
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Pembahasan:</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mengeluh mual muntah</li> <li>-Nafsu makan kurang</li> <li>-Demam sudah 3 hari</li> <li>-Sulit tidur dan gelisah</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Akral teraba hangat</li> <li>-Petekie</li> <li>- Suhu 38,9 C</li> <li>-Tekanan darah 100/70 mmHg,</li> <li>-Fekkuensi nadi 97 x/menit</li> <li>-Frekuensi napas 24 x/menit</li> </ul> <p>Pembahasan:</p> <p>Jawaban yang tepat: Hipertermia</p> <p>diagnosis keperawatan : Hipertermia</p> <p>Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</p> <p>Hipertermia adalah suhu tubuh di atas tentang normal tubuh. Tanda dan gejala mayor seperti suhu tubuh lebih dari 37,8 C oral atau 38,8 C rektal, kulit merah, takikardia, takipnea, kulit terasa hangat (SDKI, 2016)</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Opsi defisit nutrisi (tidak tepat) karena pada kondisi ini nutrisi tidak cukup memenuhi kebutuhan metabolisme</li> <li>-Opsi risiko perdarahan (tidak tepat) karena kondisi ini berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi hingga ke luar tubuh), meski ada petekie namun ini juga harus didukung dengan hasil trombosit yang rendah.</li> <li>-Opsi gangguan pola tidur (tidak tepat) karena kondisi ini merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</li> <li>-Opsi keletihan (tidak tepat) karena kondisi ini terjadi penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat</li> </ul> <p>Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi I. Jakarta : DPP PPNI.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 28.</b>	

<b>Soal</b>	<p>Perawat komunitas sedang mengumpulkan data ke suatu wilayah, dimana perawat tersebut tidak boleh mengajukan pertanyaan kepada warga masyarakat. Perawat hanya mengumpulkan informasi tentang peristiwa yang terjadi secara alamiah di lingkungan masyarakat tersebut.</p> <p>Apakah metode pengumpulan data yang dilakukan oleh perawat?</p> <p>A. Winshield survey</p> <p>B. Partisipan observation</p> <p>C. Key informations</p> <p>D. Literature review</p> <p>E. Survei</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawat komunitas mengumpulkan tidak boleh mengajukan pertanyaan kepada warga masyarakat</li> <li>• Perawat hanya mengumpulkan informasi tentang peristiwa yang terjadi secara alamiah di lingkungan masyarakat tersebut.</li> </ul> <p>Berdasarkan data di atas, pengumpulan data yang dilakukan oleh perawat yaitu menggunakan pendekatan partisipan observation.</p> <p>Partisipan observation adalah suatu proses pengamatan yang dilakukan oleh observer dengan ikut mengambil bagian dalam kehidupan orang-orang yang akan diobservasi dalam jangka waktu tertentu. Observer berlaku sungguh-sungguh seperti anggota dari kelompok yang akan diobservasi. Pada metode ini observer dengan sengaja berusaha memahami pengaturan sosial dan kondisi tanpa memanipulasi mereka dengan cara apa pun seperti mengajukan pertanyaan atau intervensi.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi winshield survey (tidak tepat), karena windshield survey dilakukan dengan berjalan-jalan dilingkungan komunitas untuk menemukan gambaran tentang kondisi dan situasi yang terjadi di komunitas, lingkungan sekitar komunitas, kehidupan komunitas dan karakteristik penduduk yang ditemui di jalan saat survey dilakukan.</p> <p>Opsi key informations (tidak tepat), karena key informations adalah individu yang memiliki posisi kekuasaan atau pengaruh dalam masyarakat seperti pemimpin dalam masyarakat. Contoh: wawancara dengan tokoh masyarakat, kepala desa.</p> <p>Opsi literature review (tidak tepat), karena literature review merupakan data yang berasal dari tinjauan pustaka (seperti buku, artikel) berhubungan dengan masalah tertentu yang dikumpulkan lalu di analisis dan interpretasi.</p> <p>Opsi survei (tidak tepat), karena survey dilakukan pada sampel acak dari populasi yang ditargetkan dengan menanyakan pertanyaan tertentu. Data yang dikumpulkan akan dianalisis dengan pola tertentu. Contoh: mengumpulkan data dengan menggunakan kuisioner.</p>

<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 29.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat melakukan kunjungan rumah. Hasil pengkajian: laki-laki (25 tahun) didiagnosis TBC sejak 3 bulan yang lalu. Klien baru saja pulang dari rumah sakit. Perawat memberikan pendkes mengenai TBC namun perawat tidak memberikan informasi yang komprehensif mengenai penyakit TBC.</p> <p>Apakah prinsip etik yang dilanggar perawat tersebut?</p> <p>A. Beneficence</p> <p>B. Confidentiality</p> <p>C. Autonomy</p> <p>D. Justice</p> <p>E. Veracity</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban yang benar dari kasus di atas adalah Veracity (kejujuran) : nilai untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien untuk menyakinkan agar klien mengerti. informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif dan objektif.</p> <p>Prinsip etik keperawatan sesuai opsi lainnya adalah:</p> <p>a. Beneficence (berbuat baik) adalah berkaitan dengan kewajiban untuk melakukan hal yang baik dan tidak membahayakan pasien.</p> <p>b. Autonomy. Autonomy adalah hak seseorang pasien untuk mengatur dan membuat keputusan mengenai perawatannya.</p> <p>c. Justice (Keadilan) adalah kewajiban perawat untuk berlaku adil pada semua orang dan tidak memihak atau berat sebelah.</p> <p>d. Confidentiality (kerahasiaan) Aturan dalam prinsip kerahasiaan ini adalah bahwa informasi tentang klien harus dijaga privasi-nya.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 30.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (34 tahun) dirawat di RSJ sejak 15 hari yang lalu karena mengamuk dan marah-marah tanpa sebab. Hasil pengkajian: setelah 4x interaksi pasien mulai kooperatif, kadang bicara sendiri dengan nada tinggi dan pasien mengatakan sering kesal karena diganggu temannya ketika tidur.</p> <p>Apakah terapi aktivitas kelompok yang tepat diberikan kepada pasien?</p> <p>A. Stimulasi sensori</p> <p>B. Modalitas</p> <p>C. Sosialisasi</p> <p>D. Orientasi realita</p> <p>E. Stimulasi persepsi</p>

<b>Pembahasan</b>	<p>XPembahasan</p> <p>Jawaban yang tepat adalah: E.stimulasi persepsi.</p> <p>DO : sebelum masuk RS mengamuk dan marah marah tanpa sebab. Setelah 4x interaksi pasien mulai kooperatif, kadang bicara sendiri dengan nada tinggi.</p> <p>DS: Pasien mengatakan sering kesal karena diganggu temannya ketika tidur.</p> <p>Data-data di atas menunjukkan bahwa masalah keperawatan pada pasien adalah risiko perilaku kekerasan. Risiko perilaku kekerasan adalah berisiko membahayakan secara fisik, emosi, dan/seksual pada diri sendiri atau orang lain (SDKI, 2016).</p> <p>Salah satu intervensi keperawatan untuk pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan adalah TAK stimulasi persepsi yang terdiri dari lima sesi, yaitu :</p> <p>sesi 1: mengenal perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.</p> <p>sesi 2: mencegah perilaku kekerasan secara fisik.</p> <p>sesi 3: mencegah perilaku kekerasan secara sosial.</p> <p>sesi 4: mencegah perilaku kekerasan secara spritual.</p> <p>sesi 5: mencegah perilaku kekerasan dengan patuh mengkonsumsi obat.</p> <p>Tinjauan opsi lainnya :</p> <p>Opsi "stimulasi sensori" (Tidak Tepat), karena lebih tepat diberikan pada pasien dengan masalah isolasi sosial dan harga diri rendah yang disertai dengan kurangnya komunikasi verbal.</p> <p>Opsi "sosialisasi (Tidak Tepat), karena lebih tepat diberikan pada pasien dengan masalah keperawatan isolasi sosial.</p> <p>Opsi "orientasi realita" (Tidak Tepat), karena lebih tepat diberikan pada pasien dengan waham</p> <p>Opsi "modalitas" (Tidak Tepat), karena merupakan terapi untuk pasien jiwa secara umum, dimana terapi aktivitas kelompok merupakan bagian dari terapi modalitas.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 31.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (40 tahun) dibawa ke IGD dengan Ketoasidosis Diabetik. Pasien mengalami penurunan kesadaran, GCS 12, terdengar suara napas snoring, reflek gag (+), tekanan darah 90/60 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi napas 24x/menit, SpO2 98%, GDS 1060 gr/dl.</p> <p>Tindakan pembebasan jalan napas yang tepat pada pasien adalah...</p> <p>A. Memasang Oropharyngeal Airway</p> <p>B. Memasang Nasogastric Tube</p> <p>C. Memasang Endotracheal Tube</p>

	<p>D. Memasang Nasopharyngeal Airway</p> <p>E. Memasang Orogastric Tube</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>Data fokus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suara napas snoring (sumbatan jalan napas akibat lidah jatuh ke belakang)</li> <li>- Reflek gag (+) : reflek muntah, tersedak, dan batuk</li> </ul> <p>Sehingga, tindakan pembebasan jalan napas yang tepat adalah memasang Nasopharyngeal Airway (NPA) karena pasien masih memiliki reflek gag (+) : reflek muntah, tersedak, dan batuk.</p> <p>Tinjauan opsi lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi “Memasang Oropharyngeal Airway” (tidak tepat), OPA digunakan pada pasien dengan sumbatan jalan napas karena lidah (suara napas : snoring) dengan reflek gag negative.</li> <li>- Opsi “Memasang Nasogastric Tube” (tidak tepat), NGT bukan merupakan alat untuk membebaskan jalan napas karena merupakan selang yang menuju ke Gastric (lambung).</li> <li>- Opsi “Memasang Endotracheal Tube” (tidak tepat), ETT digunakan pada pasien dengan gagal napas, penyempitan laring, penyempitan trakea, dsb.</li> <li>- Opsi “Memasang Orogastric Tube” (tidak tepat), OGT bukan merupakan alat untuk membebaskan jalan napas karena merupakan selang yang menuju ke Gastric (lambung).</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 32.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki ( 33 tahun) datang ke poliklinik paru RS atas rujukan Puskesmas. Pasien mendapat terapi OAT 8 bulan lalu tetapi putus berobat. Gejala TB muncul kembali 1 bulan lalu dan melalui pemeriksaan pasien kembali didiagnosis TB. Pasien menjalani pemeriksaan uji kepekaan OAT dengan hasil resisten terhadap Isoniazid dan Rifampicin secara bersamaan.</p> <p>Apakah klasifikasi TB dari uji kepekaan tersebut?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Mono resisten</li> <li>B. Poli resisten</li> <li>C. Extensive drug resistant</li> <li>D. Resisten Rifampicin</li> <li>E. Multi resisten</li> </ul>
<b>Pembahasan</b>	Pembahasan



	<p>Pasien TB yang memiliki riwayat pernah diobati TB direkomendasikan untuk menjalani pemeriksaan uji kepekaan obat anti TB untuk mengetahui apakah terdapat resistensi terhadap satu atau lebih obat anti TB (OAT). Hasil uji kepekaan obat menjadi salah satu klasifikasi pasien TB berulang.</p> <p>Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan uji kepekaan obat (Kemenkes RI, 2014):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mono resistan (TB MR): resistan terhadap salah satu jenis OAT lini pertama saja</li> <li>2. Poli resistan (TB PR): resistan terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan</li> <li>3. Multi drug resistan (TB MDR): resistan terhadap Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan</li> <li>4. Extensive drug resistan (TB XDR): adalah TB MDR yang sekaligus juga resistan terhadap salah satu OAT golongan fluorokuinolon dan minimal salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (Kanamisin, Kapreomisin dan Amikasin)</li> <li>5. Resistan Rifampisin (TB RR): resistan terhadap Rifampisin dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lain yang terdeteksi menggunakan metode genotip (tes cepat) atau metode fenotip (konvensional).</li> </ol>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 33.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (27 tahun) dirawat di RS dengan keluhan demam dan muntah-muntah sejak 3 hari lalu. Pasien mengeluh lemas, mual, tampak pucat, nadi teraba lemah dengan frekuensi 105x/menit, membran mukosa kering. Tekanan darah 95/67 mmHg, frekuensi napas 22 x/menit.</p> <p>Apakah diagnosis keperawatan yang tepat?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A.Perfusi perifer tidak efektif</li> <li>B.Risiko kekurangan volume cairan</li> <li>C.Kekurangan volume cairan</li> <li>D.Risiko defisit nutrisi</li> <li>E.Hipertermi</li> </ol>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus diangkatnya diagnosis keperawatan kekurangan volume cairan pada kasus adalah; tampak pucat, nadi teraba lemah dengan frekuensi 105 kali/menit, membran mukosa kering, tekanan darah 95/67 mmHg.</p> <p>Sesuai dengan (SDKI, 2017), kekurangan volume cairan didefinisikan sebagai Penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular, yang didukung dengan data; frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, dan membran mukosa kering.</p> <p>Tinjauan opsi lainnya;</p> <p>Opsi Perfusi perifer tidak efektif (tidak tepat), karena data pada kasus tidak menunjukkan adanya masalah perfusi perifer; nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten), waktu pengisian kapiler &gt;3 detik, nadi perifer menurun/ tidak teraba.</p>

	<p>Opsi risiko kekurangan volume cairan (tidak tepat), karena data pada kasus menunjukkan masalah kekurangan cairan/hipovolemi secara actual.</p> <p>Opsi risiko defisit nutrisi (tidak tepat), karena masalah risiko deficit nutrisi disebabkan oleh beberapa factor; adanya masalah agngguan menelan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient. Sehingga diagnosis ini tidak tepat dan tidak relevan dengan data pada kasus.</p> <p>Opsi Hipertermi (tidak tepat), data pada kasus tidak menjelaskan secara spesifik adanya masalah hipertermi yang ditunjukkan dengan suhu tubuh di atas normal.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 34.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (55 tahun) sedang dilakukan tindakan Brakhi Terapi atas indikasi Ca. Nasofaring. Pasien tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran. Hasil pemeriksaan: pasien tidak membuka mata, menepis tangan pemeriksa, dan hanya mengerang saat diberikan rangsangan nyeri.</p> <p>Apakah interpretasi GCS pasien yang tepat?</p> <p>A.E1M2V3</p> <p>B. E1V2M4</p> <p>C. E1V2M5</p> <p>D. E2V2M5</p> <p>E. E2M3V5</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</p> <p>Jawaban: c. E1V2M5</p> <p>Cara menghitung skor GCS pasien adalah berdasarkan skala glasgow coma skale yaitu:</p> <p>Respon membuka mata (E):</p> <p>4: Spontan</p> <p>3: Perintah Verbal</p> <p>2: Nyeri</p> <p>1: Tidak ada respons</p> <p>Respon Motorik (M) :</p> <p>6: Mengikuti Perintah</p> <p>5: Mengetahui letak rangsang nyeri</p> <p>4: Flexi terhadap nyeri</p> <p>3: Fleksi abnormal</p> <p>2: Ekstensi</p> <p>1: Tidak ada respons</p> <p>Respon Verbal (V) :</p> <p>5: Orientasi baik dan bicara jelas</p> <p>4: Disorientasi waktu dan tempat</p> <p>3: Kata-kata yang tidak tepat</p> <p>2: Suara yang tak berarti</p> <p>1: Tidak ada respons</p> <p>Berdasarkan kasus:</p> <p>pasien tidak membuka mata saat diberikan rangsangan nyeri = E1</p>

	menepis tangan pemeriksa saat diberikan rangsangan nyeri = M5 hanya mengerang saat diberikan rangsangan nyeri= V2 jadi interpretasi GCS pasien adalah E1V2M5 (option A)
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 35.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (30 tahun) dirawat di RSJ sejak 2 hari yang lalu. Hasil pengkajian: anak pasien satu-satunya meninggal dunia 1 tahun yang lalu. Pasien di PHK sejak delapan bulan yang lalu sehingga merasa diacuhkan dan kesepian. Disusul 2 minggu yang lalu pasien ditinggal istrinya untuk selamanya.</p> <p>Apakah faktor presipitasi dari kasus di atas?</p> <p>A. Anak satu-satunya meninggal dunia</p> <p>B. Ditinggal istrinya untuk selamanya</p> <p>C. Kesepian</p> <p>D. Diacuhkan</p> <p>E. PHK</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Faktor presipitasi adalah suatu stimulus/pencetus yang mengancam individu. Untuk acuan waktunya yaitu pencetus terjadinya masalah dalam waktu 6 bulan terakhir.</p> <p>Jawaban yang tepat: ditinggal istrinya untuk selamanya.</p> <p>Data di atas menunjukkan bahwa dua minggu yang lalu pasien ditinggal istrinya untuk selamanya.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Opsi anak satu-satunya meninggal dunia (tidak tepat), karena kejadian ini terjadi 1 tahun yang lalu</li> <li>-Opsi PHK (tidak tepat), karena kejadian ini terjadi 8 bulan yang lalu</li> <li>-Opsi kesepian (tidak tepat), karena ini bukan faktor pencetus melainkan perasaan pasien yang dikeluhkan dan merupakan dampak dari kejadian yang terjadi 8 bulan yang lalu</li> <li>-Opsi diacuhkan (tidak tepat) karena ini adalah perasaan yang dikeluhkan pasien yang merupakan dampak dari kejadian 8 bulan yang lalu.</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 36.</b>	
<b>Soal</b>	<p>XSeorang anak (8 tahun) dirawat di RS dengan Osteosarcoma. Anak direncanakan untuk operasi pemasangan prosthesis pada bagian Ca. Anak tampak cemas. Perawat kemudian membuat kontrak dengan anak untuk memberikan terapi bermain guna mengurangi kecemasan, setelah pemberian terapi obat pada seluruh pasien selesai. Setelah selesai memberikan obat, perawat kembali menemui anak.</p> <p>Apakah prinsip etik yang diterapkan perawat?</p>

	<p>A. Fidelity</p> <p>B. Non maleficence</p> <p>C. Autonomy</p> <p>D. Veracity</p> <p>E. Justice</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus :</p> <p>Perawat kemudian membuat kontrak dengan pasien untuk memberikan terapi bermain untuk mengurangi kecemasan pasien setelah menyelesaikan pemberian terapi obat pada seluruh pasien. Setelah selesai memberikan obat, perawat kembali menemui Anak.</p> <p>Maka, prinsip etik yang diterapkan oleh perawat yaitu Fidelity.</p> <p>Fidelity (menepati janji) merupakan prinsip yang menekankan kesetiaan perawat pada komitmennya, menepati janji terhadap klien/keluarga</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomy (Otonomi) =&gt; tidak tepat, karena otonomi merupakan suatu prinsip dimana klien diberi kebebasan untuk mengatur sendiri sesuai hakikat manusia/ perawat menghargai hak-hak klien.</li> <li>• Nonmaleficence =&gt; tidak tepat, pada prinsipnya perawat harus menjauhkan bahaya dari pasien</li> <li>• Veracity (Kejujuran) =&gt; tidak tepat karena prinsip etik kejujuran ini artinya perawat harus mengatakan yang sebenarnya dan tidak membohongi klien.</li> <li>• Justice (Keadilan) =&gt; tidak tepat karena keadilan yang dimaksud yaitu perawat berlaku adil pada setiap klien sesuai dengan kebutuhannya.</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 37.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Sebuah keluarga tidak mampu terdiri dari seorang Nenek, Ibu dan 3 anak. Hasil pengkajian: rumah tampak sempit, ventilasi tidak ada, pencahayaan minim, lantai tanah dan rumah terasa lembab. Nenek tidak bisa lagi berdiri dan hanya bisa berbaring di kasur depan pintu. Ibu bekerja sebagai buruh cuci setiap hari. Satu orang anak sudah menikah dan merantau ke luar kota bersama suaminya. Dua anak lainnya membantu-bantu di rumah tetangga mereka. Mereka berpikir selagi nenek tidak ada keluhan apapun, mereka tidak perlu mengkhawatirkan keadaannya.</p> <p>Berikut rencana keperawatan untuk mengatasi masalah pasien, kecuali?</p> <p>A. Akses Faktor-faktor yang anggota keluarga dapat belajar mengenai sumber-sumber di lingkungan</p> <p>B. Bantu anggota keluarga belajar mengenai sumber yang ada di komunitas</p> <p>C. Bekerja sama dengan organisasi di komunitas seperti kelompok civil di lingkungan, kelompok agama, kelompok sosial, untuk mengembangkan penjelasan mengenai sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia untuk setiap anggota kelompok</p>

	<p>D. Rencanakan spesifik program untuk anggota keluarga dalam organisasi komunitas dan sumber-sumber yang ada pada lingkungan</p> <p>E. Identifikasi tanggung jawab orang dewasa dalam keluarga</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga berpikir bahwa mereka tidak perlu mengkhawatirkan apapun selama nenek tidak mengeluhkan apa-apa</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga merupakan keluarga tidak mampu</li> <li>- Ibu bekerja sebagai buruh cuci setiap hari</li> <li>- Ventilasi rumah tidak ada, pencahayaan sangat minim, lantai tanah, dan rumah terasa lembab</li> <li>- Nenek tidak bisa berdiri lagi dan hanya bisa tertidur dikasur depan pintu, rumah tampak sempit</li> </ul> <p>Diagnosa keperawatan keluarga untuk kasus ini adalah Pemeliharaan Kesehatan tidak efektif, yaitu ketidakmampuan mengidentifikasi, mengatur atau mencari bantuan untuk mempertahankan kesehatan.</p> <p>Ditandai dengan riwayat kurangnya berperilaku hidup sehat, kurangnya pengetahuan mengenai praktek kesehatan dasar, dan kurangnya peralatan yang dibutuhkan atau kurangnya keuangan dan sumber lain.</p> <p>Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosis ini adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Akses faktor-faktor yang anggota keluarga dapat belajar mengenai sumber-sumber di lingkungan, hal ini bertujuan untuk mengidentifikasi dimana area edukasi yang bisa membawa perubahan</li> <li>Bantu anggota keluarga belajar mengenai sumber yang ada di komunitas, hal ini bertujuan untuk memperdayakan anggota keluarga</li> <li>Rencanakan spesifik program untuk anggota keluarga dalam organisasi komunitas dan sumber-sumber yang ada pada lingkungan</li> <li>Bantu komunitas mengidentifikasi sumber lingkungan yang spesifik sesuai dengan kebutuhan</li> <li>Bantu organisasi komunitas seperti kelompok civil di lingkungan, kelompok agama, kelompok sosial, mengembangkan penjelasan mengenai sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia untuk setiap anggota kelompok.</li> </ol> <p>Opsi C tidak tepat karena Identifikasi tanggung jawab orang dewasa dalam keluarga merupakan rencana tindakan pada diagnosis gangguan proses keluarga.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 38.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat mengunjungi sebuah keluarga. Hasil pengkajian: seorang laki-laki (40 tahun) didiagnosis TBC sejak 1 bulan lalu. Klien mengeluh batuk berdarah, sesak napas dan nafsu makan menurun. Keluarga mengatakan tidak mengerti bagaimana menyiapkan tempat</p>

	<p>penampungan sputum yang baik untuk anggota keluarga yang menderita TBC. Perawat berencana mengajarkan keluarga cara menyiapkan penampungan sputum.</p> <p>Apakah jenis perubahan sikap yang diharapkan dari keluarga tersebut?</p> <p>A.Kognitif</p> <p>B.Kognitif dan afektif</p> <p>C.Afektif</p> <p>D.Kognitif, afektif, psikomotor</p> <p>E.Psikomotor</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Menurut Carpenito (2004) Keberhasilan suatu tindakan dapat diukur berdasarkan kriteria hasil yang telah ditetapkan. faktor yang dapat dievaluasi meliputi :</p> <p>1. Kognitif (pengetahuan)</p> <p>Kriteria hasil disusun berdasarkan pengulangan informasi yang telah diajarkan kepada klien. Untuk mengevaluasi apakah informasi dapat di mengerti, klien harus dapat menyebutkan, menyatakan dan mendefinisikan.</p> <p>Ex : setelah akhir intervensi klien mampu menjelaskan mengenai TBC.</p> <p>2. Afektif (perasaan/emosi)</p> <p>Dapat ditulis dalam bentuk status emosional klien dan bertujuan untuk mengetahui bagaimana respons klien terhadap penyakit yang dihadapi</p> <p>3. Psikomotor</p> <p>Adalah mengidentifikasi perilaku yang diharapkan dapat dilakukan oleh klien sebagai hasil dari rencana intervensi.</p> <p>Ex : - klien mampu mengeluarkan sputum</p> <p>- Keluarga mampu membuat penampungan sputum dengan benar</p> <p>4. Perubahan fungsi tubuh serta gejalanya</p> <p>Ex : klien tidak batuk dalam satu jam setelah pemberian obat batuk.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 39.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki ( 40 tahun) dirawat di RS dengan PPOK. Hasil pengkajian: pasien sesak napas dengan frekuensi 30x/menit, batuk berdahak, penggunaan otot bantu napas, terpasang oksigen NRM 12 Lpm. Pemeriksaan darah arteri pH 7,35; PO<sub>2</sub> 89 mmHg, PCO<sub>2</sub> 35 mmHg, SaO<sub>2</sub> 97%, HCO<sub>3</sub> 24.</p> <p>Apakah diagnosis keperawatan yang tepat?</p> <p>A. Gangguan sirkulasi spontan</p> <p>B. Pola napas tidak efektif</p>

	<p>C. Bersihan jalan napas tidak efektif</p> <p>D. Gangguan pertukaran gas</p> <p>E. Gangguan ventilasi spontan</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) didefinisikan sebagai penyakit atau gangguan paru yang memberikan kelainan ventilasi berupa obstruksi saluran pernapasan yang bersifat progresif dan tidak sepenuhnya reversible. Gejala klinis yang biasa ditemukan pada pasien PPOK adalah adanya batuk kronik, batuk berdahak kronik dan sesak napas. (PDPI, 2010)</p> <p>Data fokus: pasien sesak napas dengan frekuensi 30 x/menit, batuk berdahak, penggunaan otot bantu napas, Pemeriksaan darah arteri pH 7,35 normal; PO<sub>2</sub> 89 mmHg normal, PCO<sub>2</sub> 235 mmHg (normal), SaO<sub>2</sub> 97 % (dalam batas normal), HCO<sub>3</sub> 24 (normal).</p> <p>Berdasarkan data di atas, diagnosis keperawatan yang tepat pada kasus adalah Pola napas tidak efektif yang didefinisikan sebagai Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat yang didukung dengan data mayor; dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stroke) (SDKI, 2016).</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi Gangguan sirkulasi spontan (tidak tepat), karena data pada kasus tidak menunjukkan adanya gangguan pada sirkulasi spontan yang didukung dengan data; frekuensi nadi 150 kali/menit, kesadaran menurun atau tidak sadar, tekanan darah sistolik 200 mmHg}.</p> <p>Opsi Bersihan jalan napas tidak efektif (tidak tepat), karena pada kasus tidak menunjukkan adanya gangguan pada jalan napas pasien akibat adanya penumpukan sekret atau benda asing, yang ditunjukkan dengan data; pasien tidak mampu batuk, dan adanya suara napas tambahan (rhonki, wheezing, all).</p> <p>Opsi Gangguan pertukaran gas (tidak tepat), karena pada kasus tidak menunjukkan adanya masalah pada pertukaran gas, yang biasanya ditunjukkan dengan data mayor; pH dan PCO<sub>2</sub> abnormal. Sedangkan pada kasus nilai analisis gas darah arteri dalam batas normal.</p> <p>Opsi Gangguan ventilasi spontan (tidak tepat), karena pada kasus tidak terjadi gangguan pada ventilasi spontan pasien, yang ditunjukkan dengan data; saturasi oksigen menurun, peningkatan penggunaan otot bantu napas, penurunan kesadaran.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 40.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang anak (14 tahun) masuk IGD dengan keluhan sesak napas sejak 1 minggu lalu. Pasien post op pemasangan megaprotesis dan telah menyelesaikan 7 siklus kemoterapi Ca Chondroblastoma sejak 6 bulan lalu. Setelah dilakukan rontgen thoraks, pasien tiba-tiba tidak sadarkan diri dan henti jantung. Perawat segera menghidupkan alarm kode biru dan melakukan kompresi dada.</p> <p>Apakah prinsip etik yang diterapkan oleh perawat ?</p> <p>A. Justice</p>

	<p>B. Autonomi</p> <p>C. Veracity</p> <p>D. Beneficence</p> <p>E. Confidentiality</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus :</p> <p>Perawat segera menghidupkan alarm kode biru dan melakukan kompresi dada.</p> <p>Maka prinsip etik yang diterapkan perawat adalah Beneficence</p> <p>Beneficence : yaitu bertindak demi kebaikan orang lain.</p> <p>Pada kasus perawat langsung bertindak untuk menyelamatkan hidup pasien, hal ini harus dilakukan mengingat prinsip life saving yang harus dilaksanakan dan mengingat sumpah perawat.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Justice (keadilan) : yang artinya memperlakukan semua orang secara sama tanpa memandang apapun.</li> <li>- Confidentiality (Kerahasiaan) : yaitu informasi tentang pasien harus dijaga privasinya.</li> <li>- Veracity adalah memberikan pelayanan kesehatan yang penuh dengan kebenaran, informasi yang disampaikan akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada.</li> <li>- Otonomi artinya kemampuan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri.</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 41.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (56 tahun) dirawat di RS dengan GGK. Saat ini pasien mengeluh sesak, terdapat edema pada kedua tungkai sehingga sulit untuk digerakkan, pitting edema +3, JVP meningkat, urine keluar sedikit. Tekanan darah 140/100 mmHg.</p> <p>Apakah kriteria hasil yang diharapkan pada kasus?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Turgor kulit membaik</li> <li>B. Pengeluaran urine meningkat</li> <li>C. Penurunan tekanan darah</li> <li>D. Pergerakan ekstermitas meningkat</li> <li>E. Sesak berkurang</li> </ul>
<b>Pembahasan</b>	Pembahasan



	<p>Penyakit ginjal kronik (Chronic Kidney Disease) adalah keadaan dimana terjadi penurunan fungsi ginjal yang cukup berat secara perlahan – lahan (menahun) disebabkan oleh berbagai penyakit ginjal. Penyakit ini bersifat progresif dan umumnya tidak dapat pulih kembali (irreversibel).</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengeluh sesak (dispnea)</li> <li>- Edema pada tungkai</li> <li>- Pitting edema +3</li> <li>- JVP meningkat</li> </ul> <p>Berdasarkan data diatas maka diagnosa yang tepat adalah hipervolemia. Berdasarkan SLKI (2017), pada diagnosa hipervolemia luaran utama yang diharapkan adalah keseimbangan cairan dengan kriteria hasil penurunan asupan cairan, peningkatan haluaran urine, penurunan edema. Jawaban yang tepat berdasarkan kasus diatas adalah peningkatan haluaran urine.</p> <p>Tinjauan opsi lain</p> <p>Opsi turgor kulit tidak tepat karena turgor kulit merupakan kriteria hasil untuk luaran status cairan. Turgor kulit digunakan untuk melihat derajat dehidrasi pada tubuh</p> <p>Opsi penurunan tekanan darah tidak tepat karena masalah utama pada klien adalah hipervolemia</p> <p>Opsi pergerakan ekstermitas meningkat tidak tepat karena peningkatan ekstermitas merupakan luaran yang diharapkan pada gangguan mobilitas fisik, sedangkan masalah yang terjadi pada klien adalah hipervolemia</p> <p>Opsi berkurangnya sesak pada pasien tidak tepat karena masalah yang terjadi pada klien adalah hipervolemia, bukan pola napas tidak efektif.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 42.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (58 tahun) dirawat di ruang neurologi dengan keluhan sakit kepala. Hasil pengkajian: penglihatan kabur, hemiparese ekstermitas kanan, pasien berbicara tidak jelas dan kesulitan menelan. Perawat akan melakukan pemeriksaan syaraf kranial IX</p> <p>Apakah perintah yang harus diberikan perawat?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Minta klien untuk menjulurkan lidah</li> <li>B. Minta pasien menelan dan berbicara</li> <li>C. Minta klien untuk mengatakan "ah" dan minta pasien menguap</li> <li>D. Minta klien untuk tersenyum dan mengangkat alis</li> <li>E. Minta pasien menggembungkan pipi</li> </ul>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- penglihatan kabur</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hemiparese ekstermitas kanan</li> <li>- pasien berbicara tidak jelas dan kesulitan menelan</li> <li>- Perawat akan melakukan pemeriksaan syaraf kranial IX</li> </ul> <p>Pemeriksaan syaraf kranial IX merupakan syaraf glossofaringeal. Syaraf ini berfungsi untuk Rasa 1/3 posterior lidah, reflex tersedak faring, sensasi dari gendang telinga dan saluran telinga, menelan dan otot-otot fonasi pada faring.</p> <p>Teknik pemeriksaan pada syaraf glossofaringeal dengan Minta klien untuk mengatakan "ah" dan minta pasien menguap untuk mengamati gerakan tekak lidah dan langit-langit</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi meminta pasien menelan dan berbicara merupakan pemeriksaan pada nervus X Vagus</p> <p>Opsi minta klien untuk menjulurkan lidah merupakan pemeriksaan pada nervus XII Hipoglosal</p> <p>Opsi minta klien tersenyum dan mengangkat alis merupakan pemeriksaan nervus VII facialis</p> <p>Opsi meminta pasien untuk menggembungkan pipi merupakan pemeriksaan nervus VII facialis</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 43.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (50 tahun) dirawat di RS dengan karsinoma nasofaring T1N1M0. Hasil pengkajian: pasien mengeluh nyeri tenggorokan, nafsu makan menurun, mudah lelah, badan panas dingin, membran mukosa pucat, BB 45 Kg, TB 167 cm.</p> <p>Apakah diagnosis keperawatan yang tepat?</p> <p>A. Defisit nutrisi</p> <p>B. Risiko defisit nutrisi</p> <p>C. Gangguan menelan</p> <p>D. Kelelahan</p> <p>E. Intoleransi aktivitas</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus diangkatnya diagnosis keperawatan deficit nutrisi adalah; nafsu makan menurun, membran mukosa pucat, BB 45 Kg, TB 167 cm (IMT=16).</p> <p>Sesuai dengan (SDKI, 2017), deficit nutrisi didefinisikan sebagai asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, yang didukung oleh data mayor; Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.</p> <p>Tinjauan opsi lainnya;</p>

	<p>Opsi Ganggua menelan (kurang tepat), karena pada kasus tidak terdapat data adanya gangguan proses menelan pada pasien.</p> <p>Opsi risiko defisit nutrisi (tidak tepat), karena masalah nutrisi pada kasus merupakan masalah yang actual, yang ditunjukkan dengan data BB dan TB 10 % di bawah ideal.</p> <p>Opsi Keletihan (tidak tepat), keletihan merupakan penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat, yang didukung dengan data; merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur, merasa kurang tenaga, tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin.</p> <p>Opsi Intoleransi aktivitas (kurang tepat), karena pada kasus tidak terdapat data yang menunjukkan adanya intoleransi aktivitas, seperti; frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat, mengeluh lelah, dispnea setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah aktivitas.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 44.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (38 tahun) mengalami kecelakaan bermotor yang menyebabkan salah satu kakinya harus di amputasi, pasien mengatakan "andai saja saya lebih berhati-hati, andai saja saya tidak ngebut, andai saja saya tidak pergi hari ini".</p> <p>Apakah fase berduka yang dialami pasien ?</p> <p>A. Denial</p> <p>B. Bargaining</p> <p>C. Anger</p> <p>D. Depression</p> <p>E. Acceptance</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban yang tepat adalah opsi C. Bargaining.</p> <p>DO : pasien mengalami kecelakaan bermotor yang menyebabkan salah satu kakinya harus di amputasi.</p> <p>DS : pasien mengatakan "andai saja saya lebih berhati-hati, andai saja saya tidak ngebut, andai saja saya tidak pergi hari ini"</p> <p>Pembahasan</p> <p>1) Fase pengingkaran (Denial)</p> <p>Perasaan tidak percaya, syok, biasanya ditandai dengan menangis, gelisah, lemah, letih, dan pucat. Individu bertindak seperti seolah tidak terjadi apa-apa dan dapat menolak untuk mempercayai bahwa telah terjadi kehilangan. Pernyataan seperti "Tidak, tidak mungkin seperti itu." atau "Tidak akan terjadi pada saya!" umumnya dilontarkan klien.</p> <p>2) Fase kemarahan (Anger)</p> <p>Perasaan marah dapat diproyeksikan pada orang atau benda yang ditandai dengan muka merah, suara keras, tangan mengepal, nadir cepat, gelisah, dan perilaku agresif. Individu mempertahankan kehilangan dan mungkin</p>

“bertindak lebih” pada setiap orang dan segala sesuatu yang berhubungan dengan lingkungan. Pada fase ini individu akan lebih sensitif sehingga mudah sekali tersinggung dan marah. Hal ini merupakan koping individu untuk menutupi rasa kecewa dan merupakan manifestasi dari kecemasannya menghadapi kehilangan.

### 3) Fase tawar-menawar (Bargaining)

Individu mampu mengungkapkan rasa marah akan kehilangan, ia akan mengekspresikan rasa bersalah, takut, dan rasa berdosa. Individu berupaya untuk membuat perjanjian dengan cara yang halus atau jelas untuk mencegah kehilangan. Pada tahap ini, individu sering kali mencari pendapat orang lain. Peran perawat pada tahap ini adalah diam, mendengarkan, dan memberikan sentuhan terapeutik.

### 4) Fase depresi (Depression)

Fase ini terjadi ketika kehilangan disadari dan timbul dampak nyata dari makna kehilangan tersebut. Individu menunjukkan sikap menarik diri, tidak mau bicara, putus asa. Perilaku yang muncul seperti menolak makan, susah tidur, dan dorongan libido menurun. Peran perawat pada fase ini tetap mendampingi individu dan tidak meninggalkannya sendirian.

Tinjauan opsi lain :

Opsi "denial" (Tidak Tepat), karena berdasarkan kasus tidak ada data yang mendukung pasien berada pada tahap denial.

Opsi "anger" (Tidak Tepat), karena berdasarkan kasus tidak ada data yang mendukung pasien berada pada tahap anger.

Opsi "depression" (Tidak Tepat), karena berdasarkan kasus tidak ada data yang mendukung pasien berada pada tahap depression.

Opsi "acceptance" (Tidak Tepat), karena berdasarkan kasus tidak ada data yang mendukung pasien berada pada tahap acceptance.

## Materi

D3 Keperawatan

## Nomor 45.

## Soal

Seorang perempuan (33 tahun) mengunjungi poli KIA untuk memeriksakan kandungannya. Ibu melahirkan spontan 2010 tetapi anaknya meninggal usia 2 bulan. Pada 2012, ia mengalami PEB pada trimester ketiga dan bayinya meninggal dunia. Tahun 2015, ia keguguran di usia kehamilannya 12 minggu, dan 2 tahun kemudian ia melahirkan anak perempuan di usia gestasi 36 minggu. Saat ini, usia kehamilannya 38 minggu.

Bagaimanakah penulisan status obstetri pada kasus tersebut?

A. G5P2A2

B. G5P3A1

C. G4P2A1

D. G4P1A2

E. G5P1A3

## Pembahasan

Pembahasan

	<p>Komponen dari status obstetri meliputi (AIPNI, 2019):</p> <p>Gravida (G): jumlah kehamilan termasuk kehamilan saat ini, tanpa melihat usia kehamilannya</p> <p>Para/Partus/Persalinan (P): jumlah kelahiran setelah usia gestasi 20 minggu tanpa melihat apakah lahir hidup atau lahir mati</p> <p>Abortus (A): keluarnya hasil konsepsi sebelum janin dapat dilahirkan dengan batas usia gestasi kurang dari 20 minggu</p> <p>Data Fokus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu pernah melahirkan spontan tahun 2010 -&gt; P</li> <li>- Ibu melahirkan bayi namun bayinya meninggal di tahun 2012 -&gt; P</li> <li>- Ibu keguguran dengan usia gestasi 12 bulan -&gt;A</li> <li>- Ibu melahirkan pada usia gestasi 36 minggu pada 2017 -&gt; P</li> <li>- Ibu saat ini hamil 38 minggu -&gt; kehamilan kelima -&gt; G5</li> <li>- Status Obstetri: G5P3A1</li> </ul> <p>Jawaban yang tepat :</p> <p>B. G5P3A1</p> <p>Berdasarkan kasus, ibu sedang mengalami kehamilan kelima (G5), pernah melahirkan 3x (P3), dan abortus 1x (A1)</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <p>Opsi A, C, D, dan E tidak tepat karena penentuan jumlah G, P, A nya tidak sesuai dengan kasus</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 46.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Perawat melakukan pengkajian keluarga. Hasil pengkajian: keluarga memiliki 2 orang anak. Anak pertama (14 tahun) kelas 2 SMP dan anak kedua berusia 5 tahun. Anak pertama ingin mengikuti kegiatan ekstra di sekolah namun ayah klien melarangnya karena khawatir anaknya tertinggal pelajaran di sekolah karena sibuk dengan kegiatan ekstrakurikuler.</p> <p>Apakah tugas perkembangan yang tidak tercapai pada kasus di atas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga.</li> <li>B. Mempertahankan komunikasi yang terbuka antara anak dan orang tua.</li> <li>C. Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.</li> <li>D.Membantu sosialisasi anak untuk meningkatkan prestasi belajar anak.</li> <li>E. Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab.</li> </ul>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan:</p> <p>Berdasarkan kasus di atas keluarga berada pada tahap perkembangan keluarga dengan anak remaja.</p> <p>Tahap ini dimulai saat anak berumur 13 tahun dan berakhir 6 sampai 7 tahun kemudian. Tujuannya untuk memberikan tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi orang</p>

	<p>dewasa. Tugas perkembangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab.</li> <li>2. Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga.</li> <li>3. Mempertahankan komunikasi yang terbuka antara anak dan orang tua.</li> </ol> <p>Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.</li> </ol> <p>Pada kasus ayah klien melarang klien untuk mengikuti kegiatan ekstrakurikuler di sekolahnya sehingga tugas perkembangan .</p> <p>Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab tidak tercapai.</p> <p>Tinjauan opsi lainnya :</p> <p>Opsi Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga kurang tepat karena di sini tidak dikaji tentang bagaimana hubungan antar anggota keluarga</p> <p>Opsi Mempertahankan komunikasi yang terbuka antara anak dan orang tua kurang tepat karena ada tugas ini orang tua berusaha untuk mempertahankan agar jalur komunikasi tetap terbuka, dan saat yang sama masih terus menghormati transisi pertumbuhan yang dialami oleh anak remaja tersebut.</p> <p>Opsi Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga kurang tepat karena di sini tidak ada data mengenai peran.</p> <p>Opsi Membantu sosialisasi anak untuk meningkatkan prestasi belajar anak, bukan merupakan tugas perkembangan anak remaja.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 47.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Ketika home visit, perawat menjumpai lansia (62 tahun) yang tinggal bersama anak sulungnya. Anaknya mengatakan klien cenderung menyendiri di kamar, tidak banyak berinteraksi, bahkan marah jika anaknya mendekati tanpa dipanggil. Hal ini terjadi sejak sebulan lalu setelah suami klien meninggal. Anaknya hanya bertemu klien ketika mengantarkan makanan dan membersihkan kamarnya.</p> <p>Apakah jenis instrumen pengkajian yang tepat digunakan perawat?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Pengkajian MMSE</li> <li>B. Pengkajian GDS</li> <li>C. Pengkajian SPMSQ</li> <li>D. Pengkajian Indeks Katz</li> <li>E. Pengkajian MNA</li> </ol>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>Ketika lansia, salah satu tugas perkembangan yang pasti dialami yakni kehilangan pasangan, yang mana hal ini dapat memicu depresi pada lansia. Biasanya, lansia cenderung menarik diri dari lingkungan, lebih suka menyendiri, tidak tertarik untuk beraktivitas dan emosinya cenderung tidak stabil. Dalam hal ini, perlu dilakukan pengkajian depresi dengan instrumen pengkajian yang khas pada lansia yakni geriatric depression scale (GDS). Instrumen ini terdiri dari 30 pernyataan pada long form dan 15 pernyataan pada short form terkait kondisi lansia saat ini (AIPNI, 2019; Kholifah, 2016).</p> <p>Data Fokus :</p>

	<p>Klien baru kehilangan suaminya dan menjadi menarik diri, marah ketika didekati anaknya tanpa diminta -&gt; klien mengalami perasaan kehilangan pasangan dan menunjukkan tanda dan gejala depresi -&gt; diperlukan pengkajian GDS</p> <p>Jawaban yang tepat :</p> <p>d. Pengkajian GDS</p> <p>Instrumen pengkajian yang digunakan untuk mengkaji lebih lanjut tanda dan gejala depresi pada lansia yakni geriatric depression scale (GDS)</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <p>Opsi A tidak tepat karena instrumen mini mental state examination (MMSE) digunakan untuk mengkaji kognitif lansia, bukan mengkaji depresi</p> <p>Opsi D tidak tepat karena Indeks Katz digunakan untuk mengkaji tingkat kemandirian bukan depresi</p> <p>Opsi C tidak tepat karena instrumen Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) digunakan untuk mengkaji status intelektual lansia, bukan depresi</p> <p>Opsi E tidak tepat karena instrumen mini nutritional assessment (MNA) digunakan untuk mengkaji status nutrisi lansia, bukan depresi</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 48.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</p> <p>Seorang perempuan (37 tahun) tinggal di suatu wilayah puskesmas. Hasil pengkajian: klien baru saja kehilangan suami dan anaknya. Klien mengatakan sering melihat anaknya, sering melamun, dan tertawa sendiri, serta melempar barang ke orang lain tanpa sebab.</p> <p>Sebagai seorang perawat CMHN, apakah tindakan keperawatan yang tepat?</p> <p>A. Menyampaikan kepada keluarga mengenai kondisi kejiwaan klien terkini</p> <p>B. Memberikan pertolongan pertama pada masalah psikososial</p> <p>C. Berkoordinasi dengan tim kesehatan setempat dan keluarga untuk merujuk klien ke RSJ setempat</p> <p>D. Memberikan asuhan keperawatan kepada klien dalam menyelesaikan masalah psikologis</p> <p>E. Memberikan informasi kepada keluarga bahwa klien akan dibawa ke unit psikiatri</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Tugas perawat CMHN adalah melakukan perencanaan pelayanan kesehatan jiwa komunitas, pengorganisasian pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di komunitas dan melakukan pengarahan pelayanan keperawatan kesehatan jiwa komunitas. Pada kasus ini seorang perawat CMHN harus sigap dalam mengambil tindakan agar klien segera dapat tertangani dengan baik. Adapun pilihan jawaban yang tepat berdasarkan kasus adalah option .C</p>

<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 49.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat akan diutus oleh kepala ruangan untuk mengikuti pelatihan perawatan luka modern di luar kota selama seminggu. Perawat yang bersangkutan menolak karena masih dalam cuti melahirkan, anaknya masih menyusui, dan meminta maaf kepada kepala ruangan.</p> <p>Apakah tindakan yang harus dilakukan oleh kepala ruangan terhadap kasus tersebut?</p> <p>A. Memberikan bonus tambahan jika perawat tersebut mau mengikuti pelatihan</p> <p>B. Mengeluarkan surat pemutusan kerja kepada perawat tersebut</p> <p>C. Mendelegasikan kepada perawat lain yang ingin mengikuti pelatihan</p> <p>D. Melaporkan perawat tersebut ke bidang pelayanan keperawatan</p> <p>E. Menyarankan perawat untuk membawa anak dan pengasuh ke pelatihan tersebut</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus:</p> <p>Perawat yang awalnya telah diutus untuk mengikuti pelatihan perawatan luka menolak karena masih dalam cuti melahirkan, anaknya masih menyusui, dan meminta maaf kepada kepala ruangan.</p> <p>Tindakan kepala ruangan pada kasus tersebut yaitu mendelegasikan kepada perawat lain yang ingin mengikuti pelatihan. Hal ini dilakukan karena ruangan memerlukan pengembangan terkait perawatan luka, maka salah satu perawat harus ada yang mengikuti pelatihan tersebut. Jika ada perawat yang tidak bisa, maka bisa di delegasikan kepada perawat lain untuk mengikuti pelatihan tersebut.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi memberikan bonus tambahan jika perawat tersebut mau mengikuti pelatihan (tidak tepat), karena perawat sedang masa cuti kehamilan jadi sebaiknya didelegasikan saja pelatihan tersebut kepada perawat lain</p> <p>Opsi mengeluarkan surat pemutusan kerja kepada perawat tersebut (tidak tepat), karena tindakan ini tidak dapat dilakukan dan perawat yang telah diutus juga sedang masa cuti kehamilan</p> <p>Opsi melaporkan perawat tersebut ke bidang pelayanan keperawatan (tidak tepat), karena tindakan ini tidak dapat dilakukan dan perawat yang telah diutus juga sedang masa cuti kehamilan</p> <p>Opsi menyarankan perawat untuk membawa anak dan pengasuh ke pelatihan tersebut (tidak tepat), karena tindakan ini tidak dapat dilakukan dan pelatihan membutuhkan keseriusan agar dapat berguna bagi perawat dan dapat diaplikasikan dengan baik di ruangan.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 50.</b>	



<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (53 tahun) dibawa ke rumah sakit oleh rekan kerjanya. Pasien mengalami cardiac arrest. Perawat dan tim code blue sedang melakukan RJP. Setelah diberikan RJP 1 siklus dan didapatkan hasil EKG pasien VF.</p> <p>Apakah tindakan yang tepat selanjutnya dilakukan oleh perawat?</p> <p>A. RJP 2 menit diselingi amiodaron</p> <p>B. Melanjutkan RJP 2 menit</p> <p>C. Defibrilasi</p> <p>D. RJP 2 menit diselingi epinefrin tiap 3-5 menit</p> <p>E. Melakukan intubasi</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus :</p> <p>Saat dilakukan perekaman EKG setelah RJP 1 siklus, didapatkan hasil EKG /ventrikel Fibrilasi (VF).</p> <p>Resusitasi Jantung Paru adalah upaya yang dilakukan untuk mengembalikan fungsi sirkulasi dan pernapasan.</p> <p>Pada kasus, pasien mengalami cardiac arrest dan telah dilakukan RJP. saat dilakukan perekaman EKG, hasil menunjukkan gambaran Ventrikel Fibrilasi. Ventrikel vibrilasi merupakan masalah irama jantung yang terjadi ketika jantung berdetak dengan impuls kelistrikan yang cepat dan tidak beraturan (irama shockable). penatalaksanaan VF menurut AHA yaitu melakukan Defibrilasi (Opsi EP).</p> <p>Defibrilasi merupakan tindakan pemberian kejutan listrik pada jantung untuk mengembalikan irama atau denyut jantung yang tidak normal.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <p>Opsi A "RJP 2 menit diselingi amiodaron" tidak tepat, karena dilakukan setelah melakukan 3 siklus RJP dan 3 kali defibrilasi pada kasus irama shockable.</p> <p>Opsi B "melanjutkan RJP 2 menit tidak tepat karena dilakukan setelah pemberian defibrilasi pasien dengan VF setelah RJP siklus 1.</p> <p>Opsi E "Melakukan intubasi" tidak tepat, karena merupakan tindakan yang dilakukan setelah defibrilasi 1 diberikan.</p> <p>Opsi D " RJP 2 menit diselingi epinefrin tiap 3-5 menit) tidak tepat, karena merupakan tindakan yang dilakukan setelah RJP siklus ke 2 dan defibrilasi 2 kali pada pasien VF.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 51.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (58 tahun) dirawat di RS dengan post op hemoroidektomi sejak 6 jam yang lalu. Pasien mengeluh nyeri pada luka post op, tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,7 C.. Pasien mendapatkan terapi IVFD Futrolit 20 tpm dengan factor tetes 20 dalam 12 jam.</p> <p>Berapakan jumlah cairan yang diberikan pada pasien ?</p> <p>A. 600 cc</p> <p>B. 720 cc</p>

	<p>C.480 cc</p> <p>D.1440 CC</p> <p>E. 1200 cc</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Pembahasan :</p> <p>Data fokus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jumlah tetesan per menit : 20</li> <li>- Factor tetes : 20</li> <li>- Waktu : 12 jam</li> </ul> <p>Jumlah tetesan per menit = (jumlah cairan x factor tetes) : (waktu x 60)</p> <p>20 = (jumlah cairan x 20) : (12 x 60)</p> <p>20 = (jumlah cairan x 20) : 720</p> <p>Jumlah cairan = 720 cc</p> <p>Jadi, jumlah cairan Futrolit yang diberikan pada pasien adalah 720 cc.</p> <p>Futrolit merupakan larutan yang dapat memenuhi kebutuhan cairan dasar dan elektrolit pra operasi, intra operasi dan post operasi, menstabilkan keseimbangan air dan elektrolit, menjaga kelanjutan homeostasis, memenuhi sebagian kebutuhan karbohidrat, dehidrasi isotonic, dan kehilangan cairan ekstraseluler.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 52.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat memeriksa refleks rooting pada bayi. Perawat mengusapkan sesuatu pada pipi bayi dan menilai respons bayi.</p> <p>Apa respons yang diharapkan dari pemeriksaan tersebut?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Bayi menutup matanya dan menekuk kakinya</li> <li>B. Bayi menutup kedua matanya</li> <li>C. Bayi merenggangkan kedua tangannya</li> <li>D. Jari-jari tangan bayi fleksi</li> <li>E. Bayi memutar kepala ke arah benda dan membuka mulutnya</li> </ul>
<b>Pembahasan</b>	Pembahasan

	<p>Pembahasan : Refleks rooting adalah refleks yang terjadi jika seseorang mengusapkan sesuatu di pipi bayi, bayi akan memutar kepala ke arah benda itu dan membuka mulutnya. Refleks ini terus berlangsung selama bayi menyusui.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi “Bayi menutup kedua matanya” (tidak tepat), karena ini merupakan respons dari refleks glabella/refleks untuk menilai kontraksi singkat pada kedua otot oblikularis okuli.</p> <p>Opsi “Bayi merenggangkan kedua tangannya” (tidak tepat), karena ini merupakan respons dari refleks moro/terkejut .</p> <p>Opsi “Jari-jari tangan bayi fleksi” (tidak tepat), karena ini merupakan respons dari refleks grasping/menggenggam.</p> <p>Opsi “Bayi menutup matanya dan menekuk kakinya” (tidak tepat), karena ini merupakan respons dari refleks moro/terkejut.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 53.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (28 tahun) dibawa ke IGD dengan fracture terbuka pada femur sinistra. Pasien mengalami penurunan kesadaran, tampak lemas, GCS 12, tekanan darah 86/60 mmHg, frekuensi nadi 115x/menit teraba lemah, frekuensi napas 22x/menit, suhu 37,5 C, CRT &gt;3 detik, akral dingin dan basah. Pasien mengalami perdarahan arteri sebanyak 1100 cc.</p> <p>Apakah masalah keperawatan pada pasien ?</p> <p>A. Risiko Syok</p> <p>B. Hipovolemia</p> <p>C. Perfusi Perifer Tidak Efektif</p> <p>D. Risiko Perdarahan</p> <p>E. Nyeri Akut</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Pembahasan :</p> <p>DO : Pasien mengalami penurunan kesadaran, tampak lemas, GCS 12, TD : 86/60 mmHg, N : 115 x/menit teraba lemah, CRT &gt; 3 detik, akral dingin dan basah. Pasien mengalami perdarahan arteri sebanyak 1100 cc.</p> <p>DS : -</p> <p>Faktor risiko yang terdapat pada kasus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipotensi : 86/60 mmHg</li> <li>- Hipovolemia : pasien tampak lemas, Nadi : 115 x/menit teraba lemah</li> <li>- Hipoksia : GCS : 12, CRT &gt; 3 detik, akral dingin dan basah</li> <li>- Perdarahan : 1100 cc</li> </ul>

	<p>Sehingga, masalah keperawatan yang tepat pada pasien adalah Risiko Syok.</p> <p>Definisi : Berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa (SDKI, 2016).</p> <p>Tinjauan opsi lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi “Nyeri Akut” (tidak tepat), karena tidak terdapat data penunjang pengkajian nyeri komprehensif pada kasus.</li> <li>- Opsi “Hipovolemia” (tidak tepat), karena kehilangan darah pada pasien telah menyebabkan kondisi yang mengancam sehingga Risiko Syok lebih tepat.</li> <li>- Opsi “Perfusi Perifer Tidak Efektif” (tidak tepat), karena perfusi perifer yang tidak efektif pada pasien terjadi karena pasien mengalami penurunan sirkulasi yang mengarah pada terjadinya syok, sehingga Risiko Syok lebih tepat.</li> <li>- Opsi “Risiko Perdarahan” (tidak tepat), karena perdarahan sudah aktual pada kasus yaitu terjadi perdarahan sebanyak 1100 cc.</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 54.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang anak (12 tahun) dirawat di RS dengan LLA. Perawat sedang memberikan edukasi terkait prosedur kemoterapi yang akan dijalani pasien, pada saat keluarga menanyakan efek samping dari kemo tersebut perawat tidak menjelaskannya.</p> <p>Apakah prinsip etik yang dilanggar perawat?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Justice</li> <li>B. Autonomi</li> <li>C. Fidelity</li> <li>D. Veracity</li> <li>E. Accountability</li> </ul>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Leukemia limfoblastik akut (LLA) merupakan kanker yang sering terjadi pada anak-anak dan remaja. Leukemia adalah kanker dari sel-sel pembentuk darah; sebagian besar merupakan kanker dari leukosit, tetapi dapat juga dapat berawal dari sel darah jenis lain</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dengan LLA akan dilakukan kemoterapi</li> <li>- Perawat tidak menjelaskan efek samping dari kemoterapi</li> </ul> <p>Berdasarkan data pada kasus, prinsip etik yang dilanggar perawat adalah veracity. Prinsip veracity berarti penuh dengan kebenaran. Nilai ini diperlukan oleh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap pasien dan untuk meyakinkan bahwa pasien sangat</p>

mengerti. Prinsip veracity berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran.

#### Prinsip Etik Keperawatan

##### 1. Autonomy (otonomi)

Prinsip autonomy menjelaskan bahwa perawat memberikan kebebasan pada pasien dan keluarga untuk menyetujui atau tidak terhadap tindakan yang akan dilakukan setelah diberi penjelasan tentang tindakan tersebut

##### 2. Justice (Keadilan)

Prinsip keadilan dibutuhkan untuk terapi/penanganan yang sama dan adil terhadap pasien/keluarga yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Nilai ini direfleksikan dalam praktek profesional ketika perawat bekerja untuk terapi/penanganan yang benar sesuai hukum, standar praktek dan keyakinan yang benar untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan

##### 3. Beneficence

Beneficence adalah keharusan untuk berbuat baik kepada pasien dimana setiap tindakan medis dan keperawatan harus ditujukan untuk kebaikan pasien. Berarti melakukan yang baik yaitu mengimplementasikan tindakan yang menguntungkan pasien dan keluarga.

##### 4. Accountability

Akuntabilitas merupakan standar yang pasti bahwa tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali. Dalam penerapannya, perawat harus dapat menilai apakah keputusan mencegah konsekuensi bahaya, tindakan ini bermanfaat, apakah keputusan ini adil, dan melihat penting atau tidaknya pemberian tindakan tersebut kepada pasien.

Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan

##### 5. Non-maleficence (tidak merugikan)

Prinsip ini berarti segala tindakan yang dilakukan pada pasien tidak menimbulkan bahaya/cedera secara fisik dan psikologik.

##### 6. Fidelity (Menepati janji)

Tanggung jawab seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan meminimalkan penderitaan pasien. Untuk mencapai hal tersebut, perawat harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya kepada pasien.

##### 7. Confidentiality (Kerahasiaan)

Prinsip ini menekankan bahwa informasi tentang pasien haruslah dijaga kerahasiannya. Dokumentasi tentang keadaan kesehatan pasien hanya bisa digunakan untuk keperluan pengobatan dan peningkatan kesehatan pasien. Diskusi tentang pasien diluar area pelayanan harus dihindari.

##### 8. Veracity (Kejujuran)

Prinsip veracity berarti penuh dengan kebenaran. Nilai ini diperlukan oleh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap pasien dan untuk meyakinkan bahwa pasien sangat mengerti. Prinsip veracity berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran.

#### Materi

#### D3 Keperawatan

**Nomor 55.**

<b>Soal</b>	<p>Seorang ibu ( 80 tahun) ditemukan oleh keluarga dalam keadaan tidak sadarkan diri di rumahnya. Keluarga kemudian membawa ibunya ke IGD RS terdekat. Saat dilakukan pemeriksaan ditemukan tingkat kesadaran pasien saat ini somnolen dengan GCS 8 serta suara napas terdengar stridor.</p> <p>Apakah tindakan pembebasan jalan napas yang tepat pada pasien tersebut?</p> <p>A. Melakukan pemasangan NPA</p> <p>B. Melakukan suction</p> <p>C. Melakukan pemasangan OPA</p> <p>D. Melakukan tindakan cross finger swab</p> <p>E. Melakukan intubasi</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Berdasarkan kasus ditemukan data fokus bahwa pasien mengalami sumbatan jalan napas yang ditandai dengan adanya suara napas stridor. Suara napas stridor mengidentifikasi sumbatan jalan disebabkan oleh lidah.</p> <p>Maka untuk membebaskan jalan napas dari sumbatan tersebut maka dilakukan pemasangan intubasi.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pemasangan NPA diindikasikan pada pasien snoring yang mempunyai refleks muntah.</li><li>- Suction diindikasikan untuk sumbatan berupa cairan.</li><li>- pemasangan OPA diberikan kepada pasien dengan suara napas snoring dengan penurunan kesadaran</li><li>- Cross finger swab diindikasikan untuk pasien dimana benda asing yang menyumbat jalan napas pasien masin terlihat.</li></ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan

**Nomor 56.**

<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (35 tahun) dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: pasien tampak gelisah, mengusap-ngusap kedua tangan dan kakinya, pasien mengatakan merasa ada sesuatu yang panas keluar dari pori-pori kulit tangan dan kakinya, dan terasa seperti mengerayangi kedua tangan dan kakinya.</p> <p>Apakah masalah keperawatan yang tepat?</p> <p>A.Waham somatik</p> <p>B.Halusinasi penglihatan</p> <p>C.Waham nihilistik</p> <p>D.Waham curiga</p> <p>E. Halusinasi peraba</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban yang tepat adalah : E. Halusinasi peraba</p> <p>DO: pasien tampak gelisah dan mengusap-ngusap kedua tangan dan</p>

	<p>kakinya.</p> <p>DS : pasien mengatakan merasa ada sesuatu yang panas keluar dari pori-pori kulit tangan dan kakinya. Pasien mengatakan sesuatu panas yang keluar tersebut terasa seperti mengerayangi kedua tangan dan kakinya.</p> <p>Data di atas menunjukkan pasien mengalami gangguan persepsi sensori berupa halusinasi perabaan. Gangguan persepsi sensori atau halusinasi adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respons yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi (SDKI, 2016). Halusinasi dibagi menjadi 5 macam, yaitu halusinasi perabaan, pendengaran, penglihatan, penghidu, dan pengecap (MPKP Jiwa, 2010).</p> <p>Tanda dan gejala halusinasi diantaranya adalah merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, atau pengecap, mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, distorsi sensori, respons tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu (SDKI, 2016).</p> <p>Tinjauan opsi lainnya :</p> <p>Opsi "waham somatik" (Tidak Tepat), karena tidak ada data yang menunjukkan pasien meyakini bahwa tubuh atau bagian tubuhnya terganggu atau terserang penyakit dan diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.</p> <p>Opsi "Halusinasi penglihatan" (Tidak Tepat), karena gangguan sensori sensori yang terjadi pada pasien ialah berupa perabaan yaitu klien merasa ada sesuatu yang panas keluar dari pori-porinya.</p> <p>Opsi "waham nihilistik" (Tidak Tepat), karena tidak ada data yang menunjukkan pasien meyakini bahwa dirinya sudah tidak ada didunia/ meninggal yang diucapkan berulang kali, tetapi tidak sesuai kenyataan.</p> <p>Opsi "waham curiga" (Tidak Tepat), karena tidak ada data yang menunjukkan pasien meyakini bahwa ada seseorang atau sekelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya dan diucapkan berulang kali, tetapi tidak sesuai kenyataan.</p>
<b>Materi</b>	<p>D3 Keperawatan</p> <p>Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan <b>Nomor 57.</b></p>
<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat melakukan kunjungan rumah di suatu wilayah. Hasil pengkajian: keluarga telah terbiasa memanfaatkan sungai untuk keperluan sehari-hari seperti mandi, BAB, BAK, dan sumber air minum. Keluarga mengatakan hal ini sudah biasa dilakukan dan tidak ada masalah maupun penyakit yang keluarga alami.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang seharusnya dilakukan oleh perawat?</p> <p>A. Melakukan pendekatan kepada keluarga dan membuat MCK untuk keluarga</p> <p>B. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai jamban sehat</p> <p>C. Melakukan pendekatan kepada keluarga dan memberikan pendidikan kesehatan mengenai PHBS keluarga</p> <p>D. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit kulit</p> <p>E. Melakukan pendekatan kepada keluarga dan memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan air bersih</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga menggunakan sungai untuk keperluan keluarga seperti mandi, BAB, BAK, dan sebagai sumber air minum.</li> </ul>

- Keluarga mengatakan hal ini sudah menjadi hal biasa yang sudah dilakukan dan tidak ada masalah maupun penyakit yang keluarga alami

Berdasarkan data tersebut, maka diagnosis keperawatan keluarganya yaitu ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan. Tindakan yang tepat dilakukan oleh perawat berdasarkan kasus tersebut yaitu melakukan pendekatan kepada keluarga dan memberikan pendidikan kesehatan mengenai PHBS keluarga, karena dalam kasus keluarga belum mengetahui masalah kesehatan sehingga kurangnya pengetahuan keluarga dalam mengenal PHBS di keluarga.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan oleh seseorang atas dasar kesadarannya sebagai hasil pembelajaran yang menjadikannya untuk mandiri dibidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat. PHBS di lingkungan keluarga terdiri dari sepuluh indicator yaitu:

1. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan
2. Memberi ASI eksklusif
3. Menimbang bayi dan balita setiap bulan
4. Menggunakan air bersih
5. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun
6. Menggunakan jamban sehat
7. Memberantas jentik di rumah seminggu sekali
8. Makan buah dan sayur setiap hari
9. Melakukan aktivitas fisik setiap hari
10. Tidak merokok di dalam rumah

Tinjauan opsi lain:

Opsi melakukan pendekatan kepada keluarga dan membuat MCK untuk keluarga (tidak tepat), karena merupakan kegiatan lanjutan yang dapat diberikan kepada keluarga setelah keluarga mengenal masalah kesehatannya

Opsi memberikan pendidikan kesehatan mengenai jamban sehat (tidak tepat), karena merupakan salah satu indicator PHBS keluarga

Opsi memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit kulit (tidak tepat), karena tidak sesuai dengan masalah yang terjadi pada keluarga

Opsi melakukan pendekatan kepada keluarga dan memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan air bersih (tidak tepat), karena merupakan salah satu indicator PHBS keluarga

<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 58.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (58 tahun) dirawat di RS dengan community acquired pneumonia (CAP). Hasil pengkajian: pasien mengeluh sesak dan pusing ketika berbaring, tekanan darah 130/90 mmHg, frekuensi napas 28x/menit, tampak penggunaan otot bantu napas. Diketahui nilai pH 7,31, PCO<sub>2</sub> 48 mmHg, HCO<sub>3</sub> 28 mmol/l, SaO<sub>2</sub> 95%.</p> <p>Apakah diagnosis keperawatan yang tepat?</p>



	<p>A. Gangguan pertukaran gas</p> <p>B. Pola napas tidak efektif</p> <p>C. Gangguan ventilasi spontan</p> <p>D. Intoleransi aktifitas</p> <p>E. Bersihan jalan napas tidak efektif</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Pneumonia adalah infeksi atau peradangan akut di jaringan paru yang disebabkan oleh berbagai mikroorganisme, seperti bakteri, virus, parasit, jamur, paparan bahan kimia atau kerusakan fisik paru. Pneumonia dibagi menjadi tiga yaitu community acquired pneumonia (CAP) atau pneumonia komunitas, hospital acquired pneumonia (HAP) dan ventilator associated pneumonia (VAP), dibedakan berdasarkan darimana sumber infeksi dari pneumonia. Pneumonia yang sering terjadi dan dapat bersifat serius bahkan kematian yaitu pneumonia komunitas.</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dengan CAP</li> <li>- Pasien mengeluh sesak dan pusing</li> <li>- Tekanan darah 130/90 mmHg</li> <li>- Frekuensi napas 28x/mnit</li> <li>- Tampak penggunaan otot bantu napas</li> <li>- nilai pH 7,31, PCO<sub>2</sub> 48 mmHg, HCO<sub>3</sub> 28 mmol/l, SaO<sub>2</sub> 95% :</li> </ul> <p>Interpretasi AGD Asidosis respiratorik terkompensasi sebagian</p> <p>Berdasarkan data fokus tersebut didapatkan diagnose keperawatan yang tepat adalah gangguan pertukaran gas. Gangguan pertukaran gas adalah kelebihan/kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus-kapiler</p> <p>Gejala/Tanda Mayor :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh sesak (dispnea)</li> <li>- Diketahui nilai PCO<sub>2</sub> 48 mmHg (meningkat)</li> <li>- SaO<sub>2</sub> (Menurun) 95%</li> <li>- pH 7,31 (menurun)</li> </ul> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi bersihan jalan napas tidak efektif kurang tepat karena tidak ada data yang mendukung seperti batuk yang tidak efektif, tidak mampu batuk, terdengar ronkhi serta terdapat sputum berlebih</p> <p>Opsi pola napas tidak efektif kurang tepat karena pada kasus data-data yang ditemukan lebih spesifik memenuhi diagnose gangguan ventilasi spontan</p> <p>Opsi Intoleransi aktifitas tidak tepat karena intoleransi aktifitas merupakan ketidakcukupan energy untuk beraktifitas seperti biasa ditandai dengan data frekuensi jantung yang meningkat, sesak bertambah</p>

	etika beraktifitas, mengeluh lelah dan merasa tidak nyaman setelah beraktifitas
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 59.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Segera setelah lahir, bayi laki-laki menangis lemah dengan badan pucat, HR 90x/menit, pernapasannya lemah dan tidak teratur, serta bayi hanya bergerak lemah dengan atau tanpa distimulasi.</p> <p>Apa klasifikasi APGAR pada bayi tersebut?</p> <p>A. Gagal napas</p> <p>B. Asfiksia sedang</p> <p>C. Asfiksia berat</p> <p>D. Asfiksia ringan</p> <p>E. Vigorous baby</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>TAN (PART 4)</p> <p>Logo</p> <p>Exam ID</p> <p>#685056</p> <p>Total Durasi</p> <p>3 jam</p> <p>Catatan</p> <p>Total pertanyaan</p> <p>180</p> <p>Dijawab</p> <p>0</p> <p>Belum Dijawab</p> <p>180</p> <p>Keterangan</p> <p>Jawaban Anda</p> <p>0 of 180</p> <p>155</p> <p>Segera setelah lahir, bayi laki-laki menangis lemah dengan badan pucat, HR 90x/menit, pernapasannya lemah dan tidak teratur, serta bayi hanya bergerak lemah dengan atau tanpa distimulasi.</p> <p>Apa klasifikasi APGAR pada bayi tersebut?</p>

- A. Gagal napas
- B. Asfiksia berat
- C. Asfiksia sedang
- D. Asfiksia ringan
- E. Vigorous baby

Pembahasan

Pembahasan :

APGAR merupakan pengkajian pada bayi baru lahir yang dilakukan pada menit pertama dan menit kelima pasca lahir. APGAR adalah singkatan dari Activity (muscle tone), Pulse (HR), Grimace (Reflex irritability), Appearance (skin color), dan Respiration yang merupakan 5 komponen yang dinilai dalam pengkajian ini. Masing-masing komponen bernilai 0-2 sehingga skor APGAR berada pada interval 0-10 (Hockenberry & Wilson, 2015; Ramdhani et al., 2018).

Penilaian APGAR secara rinci yakni (Hockenberry & Wilson, 2015; Ramdhani et al., 2018):

Activity (Tonus Otot)

0: tidak ada/lumpuh

1: gerakan lemah

2: Gerakan aktif

Pulse (HR)

0: tidak ada

1: <100x/m

2: >100x/m

Grimace(refleks)

0: tidak bereaksi

1: gerakan ekstremitas sedikit fleksi/respon minimal atau menyeringai saat distimulasi

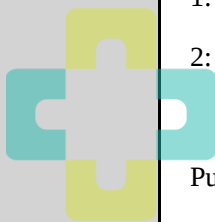
2: Adanya reaksi penuh merespon/bersin/batuk/menangis saat distimulasi

Appearance (warna kulit)

0: biru/pucat

1: tubuh kemerahan, ekstremitas biru/pucat

2: seluruh tubuh kemerahan



# JadiNAKES

Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan

	<p>Respiration (Usaha napas)</p> <p>0: tidak ada</p> <p>1: lambat dan irreguler</p> <p>2: menangis kuat/pernapasan baik dan teratur</p> <p>Selanjutnya, interpretasi dari skor APGAR diklasifikasikan menjadi (Hockenberry &amp; Wilson, 2015):</p> <p>0-3: Asfiksia berat</p> <p>4-6: asfiksia sedang</p> <p>7-10: normal/vigorous baby</p> <p>Data Fokus :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gerakan lemah -&gt; Activity -&gt; 1</li> <li>2. HR 90 x/m -&gt; Pulse -&gt; 1</li> <li>3. Gerakan lemah setelah distimulasi -&gt; Grimace -&gt; 1</li> <li>4. Badan pucat -&gt; appearance -&gt; 0</li> <li>5. bayi menangis lemah, pernapasan lemah dan tidak teratur -&gt; respiration -&gt; 1</li> <li>6. Total Skor APGAR: 4 -&gt; asfiksia sedang</li> </ol> <p>Jawaban yang tepat :</p> <p>B. asfiksia sedang</p> <p>Dalam hal ini total skor APGAR nya adalah 4, di mana total skor 4-6 masuk pada klasifikasi asfiksia sedang</p> <p>Tinjauan opsi lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opsi A tidak tepat karena gagal napas tidak ada dalam klasifikasi APGAR</li> <li>2. Opsi C tidak tepat karena asfiksia berat ditekankan jika skor APGAR 0-3</li> <li>3. Opsi D tidak tepat karena tidak ada klasifikasi asfiksia ringan</li> <li>4. Opsi E tidak tepat karena vigorous baby ditekankan jika skor APGAR 7-10</li> </ol>
Materi	D3 Keperawatan
Nomor 60.	
Soal	Seorang laki-laki (40 tahun) dirawat di ICU dengan trauma thorax. Pasien mengalami penurunan kesadaran dan terpasang ventilator. Perawat sedang melakukan allen test pada

	<p>arteri radialis kanan sebelum mengambil sampel darah arteri. Hasil pemeriksaan ditemukan allen test positif.</p> <p>Apakah tindakan yang harus dilakukan perawat?</p> <p>A. Menunda pengambilan sampel darah arteri</p> <p>B. Mengulangi allen test pada arteri tersebut</p> <p>C. Mencari lokasi insersi lainnya</p> <p>D. Mengambil sampel darah arteri</p> <p>E. Mengistirahatkan pasien</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Uji allen adalah tes yang digunakan dalam pengobatan sebelum pengumpulan gas darah arteri untuk menentukan patensi normal dari arteri ulnaris.</p> <p>Prosedur allen test</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tangan pasien diangkat</li> <li>2. Pasien diminta untuk membuat kepalan tangan</li> <li>3. Tekanan harus diterapkan baik radial dan arteri ulnaris sampai aliran darah distal tersumbat.</li> <li>4. Sementara mempertahankan posisi tangan tinggi, pasien kemudian membuka tangan. Tangan harus tampak pucat dan memiliki capillary refill terbatas.</li> <li>5. Tekanan arteri ulnaris harus dibebaskan (dengan tetap menjaga tekanan cukup untuk menutup arteri radial)</li> <li>6. Setelah tekanan arteri ulnaris dibebaskan, tangan harus kembali ke warna normal dalam waktu 5-7 detik.</li> </ol> <p>Interpretasi :</p> <p>Jika tangan memerah dalam waktu 5-15 detik menunjukkan tidak adanya hambatan di arteri ulnaris. Pengambilan spesimen darah arteri bisa dikerjakan.</p> <p>Negatif : jika tangan tidak kembali memerah dalam waktu 5-15 detik, menunjukkan adanya hambatan pada arteri ulnaris. Maka pengambilan spesimen darah arteri tidak bisa dikerjakan pada arteri radialis di tangan tersebut dan harus dipindahkan di sisi tangan yang lain atau di arteri yang lain.</p> <p>Pada kasus, Perawat sedang melakukan allen test pada arteri radialis kanan sebelum mengambil sampel darah arteri. Hasil pemeriksaan ditemukan allen test positif. Maka tindakan selanjutnya yang harus dilakukan perawat adalah mengambil sampel darah arteri (opsi jawaban b)</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 61.</b>	

<b>Soal</b>	<p>Pasien A (39 tahun) dibawa ke RSJ karna sering tertawa dan berbicara sendiri dirumah, Pasien merupakan keluarga dari seorang pejabat daerah. Dua hari kemudian masuk pasien BPJS kelas III Pasien B (32 tahun) dengan amuk. Saat makan siang, porsi makanan dan lauk untuk pasien A lebih banyak dari pasien B.</p> <p>apakah prinsip etik yang dilanggar oleh perawat ?</p> <p>A. Justice B. Veracity C. Fidelity D. Accountability E. Confidentiality</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Berdasarkan data yang ada di kasus perawat membedakan porsi makanan dan lauk untuk pasien yang berasal dari keluarga pejabat dan masyarakat biasa. berarti perawat sedang melanggar prinsip etik Justice atau keadilan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Otonomi (Autonomy) merupakan menghargai hak-hak pasien dalam membuat keputusan tentang tindakan perawatannya.</li> <li>2. Berbuat baik (Beneficence) yaitu hanya melakukan sesuatu yang baik untuk pasien dan keluarga. Prinsip ini menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik untuk mencegah terjadinya kesalahan atau malpraktik.</li> <li>3. Keadilan (Justice) yaitu praktik profesional keperawatan yang sesuai dengan hukum standar praktik, tidak membedakan pasien, dan keyakinan yang benar dalam memberikan pelayanan kesehatan.</li> <li>4. Tidak merugikan (Nonmaleficence) yaitu tidak menimbulkan bahaya atau cedera fisik dan psikologis terhadap klien. Prinsip ini berarti segala tindakan yang dilakukan pada klien tidak menimbulkan bahaya/cedera secara fisik dan psikologik.</li> <li>5. Kejujuran (Veracity) yaitu memberikan pelayanan kesehatan yang penuh dengan kebenaran, informasi yang disampaikan akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada.</li> <li>6. Menepati janji (Fidelity) yaitu menepati janji dan komitmen terhadap klien. Perawat harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya kepada klien.</li> <li>7. Kerahasiaan (Confidentiality) yaitu menjaga kerahasiaan informasi pribadi pasien.</li> <li>8. Akuntabilitas (Accountability) yaitu standar profesionalitas perawat yang dapat diukur dan dipertanggungjawabkan.</li> </ol> <p>Jadi jawaban yang tepat adalah opsi A. Justice</p> <p>tinjauan opsi lain :</p> <p>opsi "Veracity" tidak tepat karna tidak ada data yang mendukung untuk jawaban veracity</p> <p>opsi "Fidelity" tidak tepat karna tidak ada data yang mendukung untuk jawaban fidelity</p> <p>opsi "accountability" tidak tepat karna tidak ada data yang mendukung untuk jawaban accountability</p>

	opsi "confidentiality" tidak tepat karna tidak ada data yang mendukung untuk jawaban confidentiality.
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 62.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (43 tahun) dirawat di RSJ karena suka menyendiri dan tidak mau bergaul. Hasil pengkajian : setelah dilakukan beberapa kali intervensi klien mulai tampak kooperatif, klien mengatakan sudah tahu nama beberapa temannya. Saat ini, klien direncanakan akan diajarkan SP 4.</p> <p>Apakah evaluasi yang diharapkan setelah diajarkan SP 4 kepada klien ?</p> <p>A. Klien mampu berkenalan</p> <p>B. Klien mampu bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari</p> <p>C. Klien mampu mengidentifikasi keuntungan berinteraksi dengan orang lain</p> <p>D. Klien mampu untuk kegiatan sosial</p> <p>E. Klien mampu mengidentifikasi aspek positif diri</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>Jawaban yang tepat: B. klien mampu bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari</p> <p>DS : klien mengatakan sudah tau nama beberapa temannya. klien direncanakan akan diajarkan SP 4.</p> <p>DO : klien mulai tampak kooperatif.</p> <p>Data-data diatas menunjukkan bahwa klien mengalami masalah keperawatan isolasi sosial, pada kasus klien telah diberikan SP1-3, dan akan dilatih SP 4 yaitu melatih klien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari sehingga diharapkan setelah intervensi klien mampu bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari</p> <p>Isolasi sosial adalah ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain. Tanda dan gejala isolasi sosial adalah merasa ingin sendirian, merasa aman ditempat umum, menarik diri, dan tidak berminat atau menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan (SDKI, 2016).</p> <p>Adapun strategi pelaksanaan dari isolasi sosial adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Diskusikan keuntungan berinteraksi dengan orang lain</li> <li>2) Diskusikan keuntungan melakukan kegiatan bersama orang lain</li> <li>3) Latih klien berkenalan</li> <li>4) Latih klien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari</li> <li>5) Latih klien kegiatan sosial: berbelanja, ke rumah ibadah, ke arisan, ke bank, dan lain-lain</li> </ol> <p>Tinjauan opsi lainnya :</p>

	<p>Opsi "klien mampu berkenalan" (Tidak Tepat), karena merupakan evaluasi sp 3 isolasi sosial</p> <p>Opsi "klien mampu kegiatan sosial " (Tidak Tepat), karena merupakan evaluasi SP 5 isolasi sosial.</p> <p>Opsi "klien mampu mengidentifikasi keuntungan berinteraksi dengan orang lain " (Tidak Tepat), karena merupakan evaluasi SP 1 isolasi sosial</p> <p>Opsi " klien mampu mengidentifikasi aspek positif diri" (Tidak Tepat), karena merupakan evaluasi SP harga diri rendah.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 63.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (32 tahun) dengan status obsetri G2P1A0H0 datang ke poliklinik KIA untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil pengkajian TFU setinggi posesus xifoideus, teraba keras, bulat melenting dibagian fundus serta panjang memapan dibagian sisi abdomen kanan, dan presentasi janin sudah masuk PAP.</p> <p>Apakah tindakan selanjutnya yang dilakukan perawat pada klien tersebut?</p> <p>A. Pemeriksaan dalam</p> <p>B. Menentukan bagian janin yang terletak di fundus uteri</p> <p>C. Mempersiapkan persalinan</p> <p>D. Mengetahui sejauh mana bagian presentasi masuk ke PAP</p> <p>E. Menentukan letak punggung janin</p>
<b>Pembahasan</b>	<p><b>Pembahasan :</b></p> <p>Data fokus:</p> <p>Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TFU setinggi posesus xifoideus (usia kehamilan 36 minggu) teraba keras, bulat melenting dibagian fundus serta panjang memapan dibagian sisi abdomen kanan,</li> <li>• Presentasi janin sudah masuk PAP</li> </ul> <p>Pemeriksaan yang telah dilakukan sampai dengan tahap Leopold III yaitu presentasi janin sudah masuk PAP. Maka tindakan selanjutnya yaitu melakukan pemeriksaan Leopold IV yaitu dengan mengetahui sejauh mana bagian presentasi sudah masuk pintu atas panggul.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi pemeriksaann dalam (tidak tepat), karena pemeriksaan dalam dilakukan untuk melihat perkembangan proses persalinan</p> <p>Opsi menentukan bagian janin yang terletak di fundus uteri (tidak tepat), karena ini merupakan pemeriksaan Leopold 1 dan sudah dilakukan</p> <p>Opsi mempersiapkan persalinan (tidak tepat), karena belum ada tanda-tanda bahwa klien ingin melakukan persalinan</p> <p>Opsi menentukan letak punggung janin (tidak tepat), karena ini termasuk pemeriksaan Leopold II dan sudah dilakukan</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 64.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang wanita (48 tahun) datang ke IGD dengan penurunan kesadaran akibat Hipoglikemia. Hasil pengkajian: bernapas spontan, tekanan darah 130/80 mmHg, frekuensi napas 22x/menit, frekuensi nadi 105x/menit, GDS 58 gr/dl. Ketika dipanggil perawat pasien membuka mata dan menjawab pendek serta mematuhi perintah untuk mengangkat tangan.</p>



	<p>Kategori triase pada pasien adalah ?</p> <p>A. Merah</p> <p>B. Hijau</p> <p>C. Hitam</p> <p>D. Kuning</p> <p>E. Biru</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Pembahasan :</p> <p>Data fokus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Airway : Paten, napas spontan</li> <li>- Breathing : RR : 22 x/menit (meningkat)</li> <li>- Circulation : Nadi : 105 x/menit (meningkat), TD : 130/80 mmHg (meningkat)</li> <li>- Disability : Ketika dipanggil perawat pasien membuka mata dan menjawab pendek serta mematuhi perintah untuk mengangkat tangan (GCS : 13).</li> </ul> <p>Jadi berdasarkan pengkajian pada ABCD, pasien masuk pada kategori triase Kuning.</p> <p>Tinjauan opsi lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi “Hijau” (tidak tepat), kategori triase Hijau diberikan pada pasien cedera minimal dan dapat berjalan sendiri.</li> <li>- Opsi “Hitam” (tidak tepat), kategori triase Hitam untuk pasien yang telah meninggal dunia, mengalami cedera fatal dengan kemungkinan hidup sangat kecil dan tidak mungkin diresusitasi.</li> <li>- Opsi “Merah” (tidak tepat), kategori triase Merah merupakan prioritas utama, pada pasien kritis dengan gangguan jalan napas (Airway), gangguan pernapasan (Breathing), perdarahan berat atau tidak terkontrol (Circulation), penurunan status mental (Disability) yang mengancam jiwa dan perlu resusitasi segera.</li> <li>- Opsi “Biru” (tidak tepat), kategori triase biru diperuntukkan bagi pasien dengan risiko rendah dan tanpa gejala.</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 65.</b>	

<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (38 tahun) mengunjungi puskesmas untuk pemeriksaan kehamilan. Hasil pengkajian: kehamilan saat ini merupakan kehamilan ke delapan, dengan riwayat dua kali riwayat keguguran pada usia 16 minggu, satu kali riwayat kehamilan dengan mola hidatidosa, tiga kali riwayat anak lahir prematur pada usia kurang dari 32 minggu, satu kali riwayat kehamilan kembar melalui persalinan sectio caesarea.</p> <p>Apakah status obsetri yang tepat pada klien?</p> <p>A. G8P5A3</p> <p>B. G8P4A3</p> <p>C. G8P5A2</p> <p>D. G8P4A4</p> <p>E. G8P3A4</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Penulisan status obsetri:</p> <p>Gravida (G) yaitu jumlah kehamilan diikuti jumlah seluruh kehamilan termasuk yang saat ini</p> <p>Para (P) yaitu jumlah kehamilan yang diakhiri dengan kelahiran janin yang memenuhi syarat untuk melangsungkan kehidupan (28 minggu atau 1000 gram)</p> <p>Abortus (A) yaitu jumlah kelahiran yang diakhiri dengan aborsi spontan atau terinduksi pada usia kehamilan &lt;20 minggu atau berat &lt;500 gram</p> <p>Hidup (H) yaitu jumlah anak yang hidup</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehamilan saat ini merupakan kehamilan ke delapan (Gravida 8)</li> <li>• Dua kali riwayat keguguran pada usia 16 minggu (Abortus 2)</li> <li>• Satu kali riwayat kehamilan dengan mola hidatidosa dihitung abortus (Abortus 1)</li> <li>• Tiga kali riwayat anak hamil prematur pada usia 32 minggu (Para 3)</li> <li>• Satu kali riwayat kehamilan kembar melalui persalinan sectio caesarea (kembar jadi P1)</li> </ul> <p>Dari data diatas, dapat ditentukan status obsetrinya G8P4A3 dengan rincian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gravida (G) yang ke delapan</li> <li>- Para (P) sebanyak lima kali dengan rincian tiga kali lahir prematur, satu kelahiran kembar (para dihitung 1).</li> <li>- Abortus (A) sebanyak tiga kali dengan rincian dua kali keguguran dan satu kali riwayat mola hidatidosa</li> </ul> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi G8P5A3 (tidak tepat), karena Para (P) sebanyak lima kali dengan rincian tiga kali lahir prematur, satu kelahiran kembar (para dihitung 1).</p>

	<p>Opsi G8P5A2 (tidak tepat), karena Abortus (A) sebanyak tiga kali dengan rincian dua kali keguguran dan satu kali riwayat mola hidatidosa</p> <p>Opsi G8P4A4 (tidak tepat), karena Para (P) sebanyak lima kali dengan rincian tiga kali lahir prematur, satu kelahiran kembar (para dihitung 1), Abortus (A) sebanyak tiga kali dengan rincian dua kali keguguran dan satu kali riwayat mola hidatidosa, dan Hidup (H) sebanyak lima kali karena anak yang hidup berjumlah lima orang.</p> <p>Opsi G8P3A4 (tidak tepat), karena Para (P) sebanyak lima kali dengan rincian tiga kali lahir prematur, satu kelahiran kembar (para dihitung 1), Abortus (A) sebanyak tiga kali dengan rincian dua kali keguguran dan satu kali riwayat mola hidatidosa, dan Hidup (H) sebanyak lima kali karena anak yang hidup berjumlah lima orang.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 66.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang bayi (2 bulan) telah diberikan imunisasi DPT-HB-Hib dan Polio 2 kemaren di posyandu. Ibu mengeluhkan setelah imunisasi anak demam dan ada kemerahan pada lokasi suntikan. Hasil pengkajian: suhu 38,7 C, frekuensi napas 26x/menit, frekuensi nadi 85x/menit. Ibu sudah memberikan kompres pada anak namun demam tidak turun dari kemaren.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk kasus tersebut?</p> <p>A. Berikan kompres hangat</p> <p>B. Berikan ASI lebih banyak</p> <p>C. Berikan paracetamol 15 mg/kgBB dan kenakan pakaian yang tipis pada anak</p> <p>D. Berikan cairan ringer laktat</p> <p>E. Berikan vitamin A</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak telah diberikan imunisasi DPT-HB-Hib dan Polio 2 kemaren di posyandu.</li> <li>• Ibu mengeluhkan setelah imunisasi anak demam dan ada kemerahan pada lokasi suntikan.</li> <li>• Hasil pengkajian: suhu 38,7 C (hipertermi), frekuensi napas: 26 x/menit (normal), frekuensi nadi: 85 x/menit (normal).</li> </ul> <p>Pada kasus diatas, anak mengalami efek samping pemberian imunisasi yaitu demam. Reaksi lokal dari pemberian imunisasi DPT-HB-HIB yaitu bengkak, nyeri, kemerahan pada lokasi suntikan, disertai demam. Reaksi berat dari pemberian imunisasi DPT-HB-HIB yaitu demam tinggi, iritabilitas (rewel), dan menangis dengan nada tinggi dalam 24 jam setelah pemberian. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan yaitu jika anak demam dapat berikan pakaian yang tipis, berikan paracetamol 15 ml/Kg berat badan setiap 3-4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam), dan berikan minum ASI lebih banyak.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p>

	<p>Opsi berikan kompres hangat (tidak tepat), karena seharusnya pemberian kompres dingin untuk meredakan nyeri dan area pembengkakan</p> <p>Opsi berikan ASI lebih banyak (tidak tepat), karena tindakan ini dapat diberikan namun untuk demam berikan paracetamol 15 ml/Kg berat badan setiap 3-4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam)</p> <p>Opsi berikan cairan ringer laktat (tidak tepat), karena pemberian ini dilakukan jika anak tidak syok dan sering muntah</p> <p>Opsi berikan vitamin A (tidak tepat), karena tindakan pada anak yang mengalami campak</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 67.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat junior ditempatkan di ruang CVCU dan mendapat advice dari KaTim untuk melakukan pengambilan darah arteri (BGA). Perawat senior terlebih dahulu memberikan arahan kemudian mempersilahkan perawat junior untuk melakukan tindakan. Perawat junior merasa tidak mampu dan tidak percaya diri untuk melakukan tindakan tersebut karena baru pertama kali di tempatkan di CVCU.</p> <p>Apakah jenis konflik yang terjadi pada kasus?</p> <p>A. Konflik antar individu-kelompok</p> <p>B. Konflik Interpersonal</p> <p>C. Konflik Intrapersonal</p> <p>D. Konflik antar organisasi</p> <p>E. Konflik Intergrup</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan:</p> <p>Menurut James A.F. Stoner dan Charles Wankel dikenal ada lima jenis konflik, diantaranya: Konflik Intrapersonal, Konflik Interpersonal, Konflik Interpersonal, Konflik antar individu-individu, dan Konflik antar organisasi.</p> <p>Data fokus: Perawat merasa tidak percaya diri dengan kemampuannya sehingga menyebabkan konflik dalam dirinya untuk melakukan tindakan.</p> <p>Jawaban tepat: C. interpersonal Konflik intrapersonal adalah konflik seseorang dengan dirinya sendiri. Konflik terjadi bila pada waktu yang sama seseorang memiliki dua keinginan yang tidak mungkin dipenuhi sekaligus.</p> <p>Jawaban tidak tepat:</p> <p>- Opsi konflik antar individu-individu dan kelompok: tidak tepat. Hal ini seringkali berhubungan dengan cara individu menghadapi tekanan-tekanan untuk mencapai konformitas, yang ditekankan kepada mereka oleh kelompok kerja mereka. Sebagai contoh: individu yang dihukum oleh kelompok kerjanya karena ia tidak dapat mencapai norma-norma produktivitas kelompok dimana ia berada</p> <p>- Opsi interpersonal: tidak tepat. Konflik Interpersonal adalah pertentangan antar seseorang dengan orang lain karena pertentangan kepentingan atau keinginan. Hal ini sering terjadi antara dua orang yang berbeda status, jabatan, bidang kerja dan lain-lain.</p>

	<p>- Opsi konflik antar organisasi: tidak tepat. Karena konflik ini adalah pertentangan antara organisasi yang satu dengan organisasi lainnya karena pertentangan kepentingan atau keinginan. Konflik bisa juga terjadi karena adanya ketidakcocokan suatu badan terhadap kinerja suatu organisasi</p> <p>- Opsi konflik Intergroup: tidak tepat. Konflik ini merupakan tipe konflik yang banyak terjadi di dalam organisasi-organisasi. Konflik antar anggota kelompok yang satu dengan anggota kelompok lainnya, anggota kelompok pekerja dan anggota manajemen merupakan dua macam contoh konflik antar kelompok yang biasanya terjadi</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 68.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang lansia laki-laki (70 tahun) dirawat di rumah pasca stroke 6 bulan lalu. Klien tinggal berdua bersama istrinya. Hasil pengkajian, skor MMT bagian tubuh kanan 5 dan bagian tubuh kiri 3. Ia mengatakan ingin berjalan pagi seperti dulu.</p> <p>Apa tindakan keperawatan yang tepat untuk dilakukan?</p> <p>A. Melatih range of motion aktif dan pasif</p> <p>B. Melatih klien menggunakan tongkat</p> <p>C. Menganjurkan keluarga untuk membelikan kursi roda</p> <p>D. Memodifikasi lingkungan supaya klien bisa belajar berjalan secepat mungkin</p> <p>E. Mengizinkan klien untuk berjalan pagi ditemani istrinya supaya bahagia</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>Ketika memasuki tahap lansia, sistem organ tubuh mengalami perubahan fisiologis. Pada sistem muskuloskeletal, jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi yang menyebabkan sendi menjadi rata. Selain itu, pada sendi, produksi cairan sinovial berkurang sehingga meningkatkan gesekan antarsambungan tulang yang memicu nyeri sendi. Pada tulang, terdapat penurunan kepadatan tulang yang menyebabkan rentan fraktur dan penurunan tinggi badan. Pada otot, terdapat perubahan struktur otot serta penurunan jumlah dan ukuran serat otot yang berpengaruh pada kekuatan otot (AIPNI, 2019; Kholifah, 2016). Kondisi ini sangat berpengaruh pada kemampuan mobilitas lansia.</p> <p>Data Fokus :</p> <p>- Klien lansia pasca stroke -&gt; terjadi penurunan fungsi tubuh secara fisiologis lansia dan patologis (karena stroke)</p> <p>- Skor MMT bagian tubuh kanan 5 -&gt; kekuatan otot normal</p> <p>- Skor MMT bagian tubuh kiri 3-&gt; mengalami kelemahan -&gt; mampu melawan gravitasi namun tidak mampu melawan tahanan/menahan beban -&gt; perlu dilatih kekuatan otot supaya terjadi peningkatan kekuatan otot atau setidaknya menghindari atrofi otot</p>

	<p>Jawaban yang tepat :</p> <p>a. melatih range of motion aktif dan pasif</p> <p>Range of motion (ROM) diperlukan untuk meningkatkan kekuatan otot dan gerakan sendi pada klien yang mengalami penurunan kekuatan otot seperti pada kasus.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <p>Opsi B tidak tepat karena pada kasus klien mengalami kelemahan pada bagian tubuh kiri dan bahaya apabila dilatih menggunakan tongkat ketika keseimbangan klien kurang baik</p> <p>Opsi C tidak tepat karena selain tidak terlalu mendesak, harga kursi roda cukup mahal untuk dibeli saat ini</p> <p>Opsi D tidak tepat karena saat ini lebih dibutuhkan untuk melatih kekuatan otot klien sebelum latihan berjalan</p> <p>Opsi E tidak tepat karena hal ini akan membahayakan jika klien memaksakan diri untuk berjalan padahal sisi tubuhnya sebelah kiri mengalami kelemahan yang tidak dapat menahan beban tubuhnya</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 69.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (24 tahun) datang ke IGD RS dengan status obstetri G1P0A0H0. Hasil pengkajian: pasien mengeluhkan sakit perut menjalar ke ari-ari dengan skala nyeri VAS 8 sejak 6 jam yang lalu, keluar lendir bercampur darah dan VT pembukaan 6, DJJ teratur (142 x/menit).</p> <p>Apakah masalah keperawatan pada pasien?</p> <p>A. Nyeri akut</p> <p>B. Nyeri melahirkan</p> <p>C. Nyeri kronik</p> <p>D. Gangguan rasa nyaman</p> <p>E. Risiko perdarahan</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus masalah : pasien Obstetri G1P0A0H0 mengeluhkan sakit perut menjalar ke ari – ari dengan skala nyeri (VAS) 8 sejak 6 jam yang lalu, keluar lendir bercampur darah dan VT pembukaan 6, DJJ teratur (142 x/menit).</p> <p>Berdasarkan data fokus, pasien mengalami masalah keperawatan yaitu nyeri melahirkan. Menurut SDKI nyeri melahirkan adalah pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan. Penyebab (dilatasi serviks, pengeluaran janin).</p> <p>Gejala dan tanda mayor : Subjektif (mengeluh nyeri dan perinium terasa tertekan). Objektif (Ekspresi wajah meringis, berposisi meringankan</p>

	<p>nyeri, uterus terasa membulat). Kondisi klinis terkait dengan proses persalinan.</p> <p>Tinjauan opsi lain</p> <p>Opsi jawaban “Nyeri akut” kurang tepat. Klien memang mengeluh nyeri, tetapi faktor penyebabnya adalah klien pada fase persalinan. Nyeri akut bisa ditegakkan jika pasien mengeluh nyeri jika penyebabnya agen pencedera fisiologis seperti : inflamasi, agen kimiawi (seperti terbakar), agen fisik (seperti trauma, prosedur operasi), yang bersifat mendadak atau lambat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Opsi jawaban “ nyeri kronis” tidak tepat nyeri kronis berlangsung &gt; 3 bulan.</p> <p>Opsi jawaban “Gangguan Rasa Nyaman” tidak tepat. Ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pasien diakibatkan oleh dilatasi serviks selama proses persalinan yang tepatnya mengacu pada gejala dan tanda mayor diangkarkannya masalah nyeri melahirkan.</p> <p>Option jawaban “risiko perdarahan” kurang tepat, meskipun ada data penunjang keluar lendir bercampur darah dari vagina, namun 1 data ini tidak cukup menegaskan diagnosis risiko perdarahan. tidak ada faktor risiko lainnya seperti komplikasi kehamilan (plasenta previa, ketuban pecah dini, kehamilan kembar).</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 70.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat sedang memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga mengenai kenakalan remaja. Pada saat memberikan pendidikan kesehatan, perawat memberikan contoh remaja yang sedang tawuran, mengonsumsi narkoba dengan menyamarkan identitas dari remaja tersebut.</p> <p>Apakah prinsip etik yang diterapkan oleh perawat tersebut?</p> <p>A. Beneficience</p> <p>B. Fidelity</p> <p>C. Confidentiality</p> <p>D. Veracity</p> <p>E. Autonomy</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Pembahasan:</p> <p>Data fokus:</p> <p>Pada saat memberikan pendidikan kesehatan, perawat memberikan contoh remaja yang sedang tawuran, mengonsumsi narkoba dengan menyamarkan identitas dari remaja tersebut.</p> <p>Maka prinsip etik yang diterapkan oleh perawat yaitu confidentiality. Dimana perawat menyamarkan identitas dari remaja saat memberikan pendidikan kesehatan. Confidentiality (kerahasiaan) yaitu menjaga kerahasiaan informasi pribadi pasien.</p>

	<p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi beneficence (tidak tepat), karena prinsip beneficence (berbuat baik) menjelaskan bahwa perawat berbuat baik, artinya perawat menerapkan tindakan untuk kebaikan pasien.</p> <p>Opsi fidelity (tidak tepat), karena fidelity (menepati janji) menerapkan konsep bahwa perawat harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya kepada pasien.</p> <p>Opsi autonomy (tidak tepat), karena prinsip autonomy menjelaskan bahwa pasien diberi kebebasan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri sesuai harkat dan martabat manusia, misalnya diberi kebebasan menyetujui atau tidak terhadap tindakan invasif yang akan dilakukan.</p> <p>Opsi veracity (tidak tepat), karena prinsip veracity (kejujuran) ini memberikan pelayanan kesehatan yang penuh dengan kebenaran, informasi yang disampaikan akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 71.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang lansia perempuan (88 tahun) baru saja ditinggal mati suaminya 2 hari lalu karena terjatuh di toilet. Ia terus mengatakan suaminya tidak akan meninggal seandainya ia mengantarkannya untuk pergi BAK.</p> <p>Apakah fase berduka yang sedang dialami klien?</p> <p>A. Denial</p> <p>B. Bargaining</p> <p>C. Anger</p> <p>D. Depression</p> <p>E. Acceptance</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>Kehilangan merupakan suatu bentuk perubahan dari sesuatu yang semula ada atau baik-baik saja menjadi hilang atau berada pada situasi yang tidak diharapkan, sedangkan berduka merupakan reaksi emosional dari rasa kehilangan (Keliat, Akemat, Helena, &amp; Nurhaeni, 2011). Menurut Stuart (2013), fase berduka menurut Kubler Ross meliputi 5 fase yakni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denial (pengingkaran): tidak mempercayai situasi/peristiwa yang terjadi, letih, lesu, tidak tahu apa yang harus dilakukan.</li> <li>2. Anger (marah): melampiaskan kekesalan kepada orang lain, agresif, nada tinggi, bicara kasar.</li> <li>3. Bargaining (tawar menawar): berusaha kembali ke masa lalu, ditandai dengan pengandaian “andai saja/seandainya”</li> <li>4. Depression (depresi): menarik diri, merasa putus asa dan tidak berharga, sulit tidur, menolak bicara dan memenuhi kebutuhan diri.</li> </ol>



	<p>5. Acceptance (penerimaan): menerima situasi/peristiwa yang terjadi dengan lapang dada</p> <p>Data Fokus :</p> <p>Klien mengatakan suaminya tidak akan meninggal SEANDAINYA ia mengantarkannya untuk pergi BAK -&gt; Klien masih berandai-andai terhadap kematian suaminya -&gt; bargaining</p> <p>Jawaban yang tepat :</p> <p>B. Bargaining.</p> <p>Pada kasus tersebut, klien masih berandai-andai terhadap situasi yang ada. Kata kunci BARGAINING yakni ANDAI SAJA/SEANDAINYA.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opsi A tidak tepat karena kata kunci DENIAL adalah MENINGKARI/TIDAK MENERIMA kondisi yang ada</li> <li>2. Opsi B tidak tepat karena kata kunci ANGER adalah MARAH/MENYALAHKAN ORANG LAIN atas kejadian yang terjadi</li> <li>3. Opsi D tidak tepat karena DEPRESI ditandai dengan MENARIK DIRI, MURUNG, PUTUS ASA, TIDAK BERHARGA</li> <li>4. Opsi E tidak tepat karena ACCEPTANCE ditandai dengan klien MENERIMA PERUBAHAN YANG TERJADI</li> </ol>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<p align="center"><b>Nomor 72.</b></p>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki ( 46 tahun) dirawat di RS dengan Bronkopneumonia. Hasil pengkajian: pasien mengeluh sesak dengan frekuensi napas 30x menit, frekuensi nadi 100x/menit, pusing, dan batuk berdahak. Pasien terpasang monitor dan oksigen. SaO<sub>2</sub> 95 %, <math>\text{PaO}_2</math> 75 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 50 mmHg dan pH 7,25 .</p> <p>Apakah diagnosis keperawatan yang tepat pada kasus ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Gangguan ventilasi spontan</li> <li>B. Gangguan pertukaran gas</li> <li>C. Bersihan jalan napas tidak efektif</li> <li>D. Pola napas tidak efektif</li> <li>E. Risiko perfusi serebral tidak efektif</li> </ol>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus diangkatnya diagnosis gangguan pertukaran gas adalah: pasien mengeluh sesak dengan frekuensi napas 30 kali/menit, frekuensi nadi 100 kali menit, pusing, PaO<sub>2</sub> 75 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 50 mmHg, pH 7,25 .</p> <p>Sesuai dengan SDKI 2016, gangguan pertukaran gas didefinisikan sebagai kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/ atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler, yang didukung dengan data; dispnea, hiperkapnia/ hiperkarbia, hipoksemia, kadar karbon dioksida abnormal, pH arteri abnormal, takikardia.</p>

	<p>Tinjauan opsi lain :</p> <p>Opsi Gangguan ventilasi spontan (tidak tepat), karena pada kasus tidak terdapat data yang tepat untuk diangkat masalah keperawatan ini, seperti SaO<sub>2</sub> menurun, peningkatan penggunaan otot bantu napas, tanpa disertai data pH darah yang abnormal.</p> <p>Opsi Bersihan jalan napas tidak efektif (tidak tepat), karena pada kasus tidak dijelaskan adanya ketidakmampuan pasien dalam membersihkan jalan napas sehingga terdapat sumbatan di jalan napas.</p> <p>Opsi Pola napas tidak efektif (tidak efektif), karena pola napas tidak efektif berfokus pada data; dispnea, penggunaan otot bantu napas.</p> <p>Opsi Risiko perfusi serebral tidak efektif (tidak tepat), karena pada kasus tidak terdapat data factor risiko terjadinya perfusi serebral tidak efektif; emboli serebral, cedera kepala, tumor otak, dll.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 73.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang lansia (66 tahun) dirawat di sebuah RS dengan BPH. Hasil pengkajian: klien sudah menderita BPH sejak 4 bulan yang lalu, sering keluar darah saat BAK, nyeri saat BAK, skala nyeri 7 durasi lebih kurang 10 menit, nyeri seperti tertekan, mengeluh mual dan muntah, meringis kesakitan dan gelisah.</p> <p>Apakah diagnosis keperawatan yang tepat?</p> <p>A. Gangguan eliminasi urin</p> <p>B. Nyeri akut</p> <p>C. Defisit nutrisi</p> <p>D. Nyeri kronis</p> <p>E. Gangguan rasa nyaman</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Pembahasan:</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-klien sudah menderita BPH sejak 4 bulan yang lalu</li> <li>-Sering keluar darah saat BAK,</li> <li>-Nyeri saat BAK</li> <li>-skala nyeri 7 durasi lebih kurang 10 menit</li> <li>-nyeri seperti tertekan</li> <li>-mengeluh mual dan muntah</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-meringis kesakitan dan gelisah</li> </ul> <p>Jawaban yang tepat: nyeri kronis (c)</p> <p>Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan</p>

	<p>onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung lebih dari 3 bulan (SDKI, 2016)</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Opsi gangguan eliminasi urin (tidak tepat) tidak ada tanda dan gejala mayor *desakan berkemih, dribbling, nokturia, mengompol, enuresis, distensi kandung kemih, hesitancy, volume residu urine banyak (&gt;normal)*</li> <li>-Opsi nyeri akut (tidak tepat) karena kondisi ini merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung kurang dari 3 bulan</li> <li>-Opsi defisit nutrisi (tidak tepat) karena kondisi ini asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</li> <li>-Opsi gangguan rasa nyaman (tidak tepat)</li> </ul> <p>Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi I. Jakarta : DPP PPNI.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 74.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (28 tahun) G2P1A0H1 usia kehamilan 39 minggu dibawa ke klinik dengan keluhan mulas dan kontraksi yang sangat kuat. Hasil pengkajian: tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 89x/menit, frekuensi napas 23x/menit. Pasien pembukaan 10 cm, kontraksi 4x/10 menit selama 45 detik, dan ketuban belum pecah. Apakah tindakan selanjutnya yang dilakukan perawat?</p> <p>A. Melakukan amniotomi</p> <p>B. Injeksi oksitosin</p> <p>C. Masase uterus</p> <p>D. Memimpin meneran</p> <p>E. Periksa DJJ</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>XPembahasan</p> <p>Jawaban Tepat : A. Melakukan amniotomi</p> <p>DS : Pasien mengeluh mulas dan kontraksi yang sangat kuat</p> <p>DO : tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 89x/menit, frekuensi napas 23x/menit. Hasil pemeriksaan dalam bukaan 10cm, kontraksi 4x dalam 10 menit selama 45 detik. Ketuban belum pecah.</p> <p>Tindakan selanjutnya yang dilakukan adalah melakukan amniotomi, pada kasus pasien sudah bukaan lengkap, kontraksi juga sudah sering dan ketuban belum pecah sehingga kita harus melakukan amniotomi.</p> <p>Tinjauan Opsi lain :</p> <p>Opsi E: pemeriksaan DJJ dilakukan setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal. Pemeriksaan ini berada pada kala 1 fase aktif</p>

	<p>Opsi B (Tidak tepat) injeksi oksitosin dilakukan 1 menit setelah bayi lahir, oksitosin yang disuntikkan 10 unit IM, tindakan ini berada pada kala 2</p> <p>Option C (Tidak Tepat) Masase Uterus dilakukan segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Tindakan ini dilakukan pada kala 3</p> <p>Option D (Kurang tepat) sebelum memimpin meneran dilakukan apabila bukaan sudah lengkap dengan ketuban sudah pecah dan ibu ada keinginan meneran. Hal ini dilakukan pada kala 1</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 75.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (25 tahun) dirawat di ICU sejak 4 hari lalu dengan cedera kepala berat. Hasil pengkajian: GCS 8, pasien terpasang ETT dengan settingan ventilator SIMV. Frekuensi napas 30x/menit, ada retraksi dada dan terdengar suara gurgling. TD 100/56 mmHg, frekuensi nadi 65x/menit dan suhu 37,3°C.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tepat dilakukan</p> <p>A. Posisikan pasien pada posisi supine</p> <p>B. Lakukan suction dengan tekanan 120-150 mmhg</p> <p>C. Kolaborasi untuk settingan ventilator</p> <p>D. Kolaborasi untuk pemberian inotropik</p> <p>E. Lakukan suction dengan tekanan 60-100 mmHg</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dengan cedera kepala berat</li> <li>- GCS 8</li> <li>- Terpasang ETT</li> <li>- Retraksi dada</li> <li>- Gurgling</li> <li>- Frekuensi napas 30x/menit</li> </ul> <p>Jawaban yang tepat :</p> <p>C. Lakukan suction dengan tekanan 120-150 mmHg</p> <p>Suction adalah suatu tindakan untuk membersihkan jalan napas dengan memakai kateter penghisap melalui nasotracheal (NTT), orotracheal tube (OTT), tracheostomy tube (TT), endotracheal tube (ETT) pada saluran napas atas.</p> <p>Indikasi dilakukan suction yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang pita suaranya tidak dapat tertutup.</li> </ol>

	<p>2. Pasien yang koma.</p> <p>3. Pasien yang tidak bisa batuk karena kelumpuhan dari otot pernapasan.</p> <p>4. Bayi atau anak dibawah umur 2 tahun.</p> <p>5. Pasien yang secretnya sangat banyak dan kental, dimana dia sendiri sulit untuk mengeluarkannya</p> <p>Tekanan normal suction pada dewasa yaitu 120-150 mmHg (Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI, 2021)</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi Posisi supine tidak benar karena pada pasien dengan GCS 8 dan cedera kepala berat yang disertai dengan banyaknya secret, posisi yang paling baik adalah semi fowler untuk menghindari terjadinya sumbatan jalan napas pada pasien</p> <p>Opsi Kolaborasi untuk settingan ventilator kurang tepat karena dari hasil pengkajian didapatkan bahwa sesak napas yang terjadi pada pasien diakibatkan karena banyaknya secret sehingga jika secret teratasi dengan baik maka diharapkan tidak perlu menaikkan settingan ventilator</p> <p>Opsi Kolaborasi untuk pemberian inotropik tidak benar karena masalah utama pasien adalah pernapasan jadi tidak perlu untuk pemberian inotropik</p> <p>Opsi Suction dengan tekanan 60-100 mmHg kurang tepat karena tekanan suction pada dewasa yaitu 120-150 mmHg, untuk tekanan 60-100 mmHg biasanya digunakan untuk suction bayi atau neonatus.</p>
<b>Materi</b>	<p>D3 Keperawatan</p> <p><b>JadiNAKES</b></p>
<b>Nomor 76.</b>	
<b>Bimbel Keperawatan Tenaga Kesehatan</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki 38 tahun dibawa ke RS dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian: suara napas wheezing, pasien memiliki riwayat Asma Bronkhiale. Pasien tampak menggunakan otot bantu napas, tekanan darah 130/70 mmHg, frekuensi napas 30x/menit, frekuensi nadi 100x/menit, suhu 36,7 C. Saat ini pasien sudah mendapatkan terapi oksigen 4 liter/menit</p> <p>Apakah rencana tindakan keperawatan yang tepat dilakukan?</p> <p>A. Manajemen cairan</p> <p>B. Monitoring hemodinamik</p> <p>C. Manajemen jalan napas</p> <p>D. Kolaborasi pemberian bronkodilator</p> <p>E. Resusitasi cairan</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data focus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh sesak napas dan memiliki riwayat asma bronkhiale</li> <li>- Tampak menggunakan otot bantu napas, tekanan darah 130/70 mmHg, frekuensi napas 30x/menit, frekuensi nadi 100x/menit, suhu 36,7 C</li> </ul>

	<p>- Pasien sudah mendapatkan terapi oksigen</p> <p>Masalah utama pasien saat ini adalah pola napas tidak efektif yang ditandai dengan adanya sesak napas, suara napas wheezing, penggunaan otot bantu napas, takipnea. Sehingga untuk mengatasi masalah ini rencana tindakan keperawatan utama adalah pemberian terapi oksigen dan pemberian bronkodilator pada pasien</p> <p>Tinjauan Opsi Lain:</p> <p>Opsi Monitoring hemodinamik tidak tepat karena tindakan ini biasanya dilakukan untuk memantau status sirkulasi pasien secara keseluruhan.</p> <p>Opsi Manajemen jalan napas tidak tepat, karena tindakan ini dilakukan pada diagnosa pasien yang mengalami obstruksi jalan napas atau jalan napas tidak paten.</p> <p>Opsi Manajemen cairan tidak tepat, karena tindakan ini dilakukan pada diagnosa pasien yang mengalami kelebihan/kekurangan cairan.</p> <p>Opsi Resusitasi cairan tidak tepat karena tindakan ini dilakukan pada kondisi dimana pasien mengalami gangguan sirkulasi seperti adanya syok.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 77.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (28 tahun) datang ke poliklinik KIA untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil pengkajian : Status Obstetri G3P2A0, usia kehamilan 6 minggu, HPHT pada tanggal 20 Februari 2021. Tekanan darah 128/78 mmHg, frekuensi nadi 89x/menit, frekuensi napas 17x/menit dan suhu tubuh 37,1°C</p> <p>Kapan taksiran persalinan pada klien tersebut?</p> <p>A. 27 Oktober 2021</p> <p>B. 30 November 2021</p> <p>C. 24 November 2021</p> <p>D. 27 November 2021</p> <p>E. 30 Desember 2021</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus :</p> <p>- HPHT pasien 20 Februari 2021</p> <p>Taksiran persalinan menggunakan hukum Nagele. Hukum Nagele mengasumsikan bahwa perempuan memiliki siklus menstruasi 28 hari dan kehamilan terjadi pada hari ke empat belas.</p> <p>Terdapat 2 rumus perhitungan taksiran persalinan berdasarkan HPHT menurut hukum Nagele, yaitu :</p> <p>Bulan Januari-Maret : Hari +7, Bulan +9, Tahun tetap</p> <p>Bulan April-Desember : Hari +7, Bulan -3, Tahun +1</p>

	<p>Maka taksiran persalinan pasien pada kasus yaitu :</p> <p>Hari +7, Bulan +9, Tahun tetap</p> <p>Hari (20+7), Bulan (2+9), Tahun 2021</p> <p>27 November 2021 (Opsi D)</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <p>Opsi B, C, A dan E tidak tepat karena tidak sesuai dengan hasil perhitungan taksiran persalinan pasien menurut Hukum Nagele.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 78.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (45 tahun) akan dilakukan pengambilan spesimen darah. Saat ini perawat telah menusukkan jarum dan melakukan aspirasi.</p> <p>Apakah prosedur tindakan yang tepat dilakukan selanjutnya oleh perawat?</p> <p>A.melakukan desinfeksi area</p> <p>B. menekan bekas luka tusukan dengan kassa</p> <p>C. penusukan melepas torniket</p> <p>D. memasukkan darah ke tabung spesimen</p> <p>E. masase area insersi</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban tepat: Melepas torniket</p> <p>SOP pengambilan spesimen darah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat-alat yang diperlukan disiapkan di atas trolley</li> <li>2. Tentukan vena yang akan ditusuk, pada orang gemuk atau untuk vena yang tidak terlihat dibantu dengan palpasi</li> <li>3. Daerah vena yang akan ditusuk diperhatikan dengan seksama terhadap adanya peradangan, dermatitis atau bekas luka, karena mempengaruhi hasil pemeriksaan.</li> <li>4. Tempat penusukan didesinfeksi dengan Alkohol 70 % dan dibiarkan kering</li> <li>5. Tourniquet dipasang pada lengan atas (bagian proximal lengan) 6 – 7 cm dari lipatan tangan.</li> <li>6. Tegakkan kulit di atas vena dengan jari-jari tangan kiri supaya vena tidak bergerak</li> <li>7. Dengan lubang jarum menghadap keatas, kulit ditusuk dengan sudut 45o – 60o sampai ujung jarum masuk lumen vena yang ditandai dengan berkurangnya tekanan dan masuknya darah keujung sempit.</li> <li>8. Holder ditarik perlahan-lahan sampai volume darah yang diinginkan.</li> <li>9. Tourniquet dilepas, kapas diletakkan di atas jarum dan ditekan sedikit dengan jari kiri, lalu jarum ditarik.</li> </ol>

	<p>10. Pasien diinstruksikan untuk menekan kapas selama 1 – 2 menit dan setelah itu bekas luka tusukan diberi plester</p> <p>11. Jarum ditutup lalu dilepaskan dari sempritnya, darah dimasukkan kedalam botol atau tabung penampung melalui dinding secara perlahan. Bila menggunakan anticoagulant, segera perlahan-lahan dicampur.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 79.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat sedang melakukan pemeriksaan kesehatan di suatu wilayah kerja puskesmas. Perawat sedang melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital terhadap seorang lansia. Namun tiba-tiba datang ketua RT yang ingin diperiksa terlebih dahulu. Perawat menolak permintaan ketua RT dan tetap melakukan pemeriksaan keperawatan kepada lansia tersebut.</p> <p>Apakah prinsip etik keperawatan yang diterapkan oleh perawat?</p> <p>A. Beneficience</p> <p>B. Justice</p> <p>C. Non-maleficience</p> <p>D. Veracity</p> <p>E. Autonomy</p>
<b>Pembahasan</b>	<p><b>Pembahasan</b></p> <p>Data fokus:</p> <p style="text-align: center;">Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawat sedang melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital terhadap seorang lansia.</li> <li>• Namun tiba-tiba datang ketua RT yang ingin diperiksa terlebih dahulu.</li> <li>• Perawat menolak permintaan ketua RT dan tetap melakukan pemeriksaan keperawatan kepada lansia tersebut.</li> </ul> <p>Maka prinsip etik yang diterapkan oleh perawat yaitu justice (keadilan). Perawat melakukan tindakan keperawatan tanpa membedakan pasien dan berbuat adil kepada pasien. Prinsip ini menekankan perawat untuk berlaku adil dalam melakukan keperawatan secara holistic, baik kepada pasien, keluarga ataupun kelompok yang dikelolanya.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi beneficience (tidak tepat), karena prinsip beneficience (berbuat baik) menjelaskan bahwa perawat berbuat baik, artinya perawat menerapkan tindakan untuk kebaikan pasien.</p> <p>Opsi veracity (tidak tepat), karena veracity (kejujuran) menekankan bahwa perawat harus mengatakan yang sebenarnya dan tidak membohongi pasien.</p> <p>Opsi non-maleficience (tidak tepat), karena prinsip ini menekankan kepada tidak menimbulkan bahaya atau cedera fisik maupun psikologis terhadap pasien.</p>



	Opsi autonomy (tidak tepat), karena prinsip autonomy menjelaskan bahwa pasien diberi kebebasan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri sesuai harkat dan martabat manusia, misalnya diberi kebebasan menyetujui atau tidak terhadap tindakan invasif yang akan dilakukan.
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 80.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (32 tahun) datang ke poli HIV untuk melakukan pemeriksaan HIV yang pertama kali. Hasil tes ELISA pasien menunjukkan hasil negative (-). Pasien tampak bertato, memiliki riwayat penggunaan narkoba jenis suntik, dan sering berganti pasangan.</p> <p>Apa edukasi yang harus disampaikan perawat kepada pasien?</p> <p>A. Meminta pasien untuk datang kembali dan mengulangi tes 3 bulan lagi</p> <p>B. Menyampaikan bahwa pasien bebas dari HIV</p> <p>C. Merujuk pasien untuk pemeriksaan western blot</p> <p>D. Anjurkan pasien untuk berperilaku sehat.</p> <p>E. Merujuk pasien untuk pengobatan ARV.</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>HIV atau human immunodeficiency virus adalah virus yang merusak sel-sel sistem kekebalan tubuh yang berfungsi melindungi tubuh dari serangan penyakit. Terdapat banyak macam pemeriksaan untuk menegakkan diagnosa HIV, namun umumnya ada tiga jenis utama tes yaitu pemeriksaan antibody meliputi ELISA dan rapid HIV test, kemudian pemeriksaan PCR, dan yang terakhir pemeriksaan antigen. Pemeriksaan ELISA (enzyme-linked immunisorbent assay) dilakukan dengan memasukkan sampel darah ke dalam wadah yang berisi antigen HIV. Jika darah mengandung antibody HIV, maka warna darah akan mengalami perubahan.</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien melakukan tes HIV untuk pertama kali</li> <li>- Hasil tes ELISA (-) menunjukkan tidak ada terdeteksi adanya antibody HIV dalam sampel darah</li> <li>- Riwayat penggunaan narkoba jenis suntik, berganti pasangan, dan bertato masuk dalam kelompok risiko tinggi HIV</li> </ul> <p>Data tambahan: -</p> <p>Jawaban tepat: b. Meminta pasien untuk datang kembali dan mengulangi tes 3 bulan lagi pada kelompok berisiko tinggi dengan hasil ELISA (-) harus dilakukan tes ulang minimal 3 bulan sejak pemeriksaan guna mencegah terjadinya hasil negative palsu akibat antibody yang masih belum terbentuk.</p> <p>Jawaban tidak tepat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi menyampaikan bahwa pasien bebas dari HIV: tidak tepat. Meskipun hasil ELISA menunjukkan negative HIV namun pasien belum bisa dikatakan bebas HIV karena pasien termasuk dalam kelompok risiko tinggi dan perlu dilakukan pemeriksaan ulang.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi merujuk pasien untuk pemeriksaan western blot: kurang tepat. Pemeriksaan western blood dilakukan sebagai pemeriksaan lanjutan untuk tes ELISA yang menunjukkan hasil positif HIV.</li> <li>- Opsi anjurkan pasien untuk berperilaku sehat: kurang tepat. Edukasi berperilaku sehat dapat diberikan namun bukan menjadi prioritas utama pada kasus ini.</li> <li>- Opsi merujuk pasien untuk pengobatan ARV: tidak tepat. Opsi ini diberikan apabila pasien sudah terkonfirmasi positif HIV.</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 81.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang anak (12 tahun) dibawa ke IGD RS dengan keluhan demam sejak 3 hari lalu dan nyeri perut. Hasil pengkajian: anak gelisah, akral dingin, frekuensi nadi 70x/menit teraba lemah, frekuensi napas 30 x/menit. Orang tua mengatakan anak belum BAK sejak pagi. Trombosit 12000/mikroliter, hematokrit 50%.</p> <p>Apa diagnosis keperawatan yang tepat pada kasus?</p> <p>A. Risiko syok</p> <p>B. Retensi urin</p> <p>C. Pola napas tidak efektif</p> <p>D. Nyeri</p> <p>E. Hipertermia</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak tampak gelisah</li> <li>- Akral teraba dingin</li> <li>- TD : 100/80 mmHg</li> <li>- Nadi teraba lemah</li> <li>- Nadi : 70x/menit</li> <li>- Anak belum buang air kecil sejak pagi (anuria)</li> </ul> <p>Data pendukung :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- trombosit : 12000/mikroliter</li> <li>- hematokrit : 50%</li> </ul> <p>Masalah Keperawatan Utama : Risiko Syok</p> <p>Berdasarkan data yang disampaikan pada kasus maka diagnosis utama yang tepat kita angkat sesuai dengan NANDA adalah risiko syok.</p> <p>Risiko syok berdefinisi terjadinya risiko ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa. Pada kasus ini pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran.</p>

	<p>Faktor Risiko syok yang terjadi pada pasien adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipovolemia</li> <li>- Infeksi</li> </ul> <p>Tinjau opsi lain:</p> <p>Pola napas tidak efektif (tidak tepat), karena karena tidak ada penguat diangkatnya diagnosis, seperti sesak napas, tampak adanya penggunaan otot bantu pernapasan dan pola napas abnormal.</p> <p>Retensi urin (tidak tepat), karena tidak ada penguat diangkatnya diagnosis, seperti sult BAK dan adanya sensasi penuh/distensi pada kandung kemih.</p> <p>Nyeri (tidak tepat), karena tidak ada data penguat diagnosis, seperti rasa tidak nyaman akibat kerusakan jaringan dengan keluhan nyeri berdasarkan skala nyeri.</p> <p>Hipertermia (tidak tepat), karena tidak ada data penguat diagnosis, seperti peningkatan suhu <math>&gt;37,5</math> C, kulit merah dan teraba hangat.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 82.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Suatu rumah sakit memiliki kapasitas 200 unit tempat tidur. Pada tanggal 22 Maret 2021 terjadi pengurangan tempat tidur sebanyak 20 unit. Jumlah total hari rawatan hingga akhir Maret 2021 mencapai angka 4000</p> <p>Berapakah Bed Occupancy Ratio (BOR) rumah sakit pada bulan Maret 2021?</p> <p>A. 50%</p> <p>B. 64,51%</p> <p>C. 90,90%</p> <p>D. 71,68%</p> <p>E. 66,67%</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus:</p> <p>Jumlah perawatan 4000 hari</p> <p>Jumlah tempat tidur aktif (sebelum pengurangan) yaitu 200 unit</p> <p>Jumlah tempat tidur aktif (setelah pengurangan) yaitu <math>200 \text{ unit} - 20 \text{ unit} = 180 \text{ unit}</math></p> <p>Jumlah periode hari (sebelum pengurangan) yaitu 21 hari (tanggal 1 – 21 Maret 2021)</p> <p>Jumlah periode hari (setelah pengurangan) yaitu 10 hari (tanggal 22 – 31 Maret 2021)</p>

	<p>Rumus perhitungan Bed Occupancy Ratio (BOR) dengan pengurangan tempat tidur:</p> $\frac{(\text{jumlah hari perawatan})}{((\text{jumlah tempat tidur periode sebelum pengurangan} \times \text{jumlah hari periode sebelum pengurangan}) + (\text{jumlah tempat tidur periode setelah pengurangan} \times \text{jumlah hari periode setelah pengurangan}))} \times 100\%$ $= \frac{4000}{((200 \times 21) + (180 \times 10))} \times 100\%$ $= \frac{4000}{(4200 + 1800)} \times 100\%$ $= \frac{4000}{6000} \times 100\%$ $= 66,67\% \text{ (E)}$ <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi A, B, D, dan E tidak tepat, karena tidak sesuai dengan hasil rumus perhitungan Bed Occupancy Ratio (BOR) dengan pengurangan tempat tidur</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 83.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang lansia (67 tahun) post operasi katarak dextra 2 hari yang lalu. Hasil pengkajian: klien masih mengeluh nyeri di mata dan pusing, keluarga tampak bingung dan terus menanyakan kondisi klien, dan menanyakan tindakan setelah operasi katarak yang harus dilakukan di rumah.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tepat?</p> <p>A. Pendkes tentang penyakit katarak.</p> <p>B. Merujuk pasien.</p> <p>C. Penkes tentang perawatan pasien dengan katarak.</p> <p>D. Merawat anggota keluarga yang sakit.</p> <p>E. Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan..</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>DS : Klien masih mengeluh nyeri di mata dan pusing</p> <p>Keluarga terus menanyakan kondisi klien</p> <p>Keluarga menanyakan tindakan setelah operasi katarak yang harus dilakukan di rumah</p> <p>DO : Keluarga tampak bingung</p> <p>Masalah keperawatan : Defisit pengetahuan</p> <p>Dari hasil pengkajian yang telah didapatkan maka tindakan keperawatan yang tepat dilakukan saat ini seperti menjelaskan penanganan pasien setelah post op katarak, menjelaskan aktivitas pasien pasca tindakan post op katarak, informasikan pasien agar pasien ikut terlibat dalam proses penyembuhannya, dan libatkan keluarga. Hal ini termasuk dalam intervensi keperawatan tentang pengajaran : prosedur/perawatan.</p>

	<p>Pengajaran : proses/perawatan</p> <p>Intervensi yang dapat dilakukan yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-jelaskan prosedur/penanganan</li> <li>-jelaskan aktivitas pasca tindakan beserta rasionalnya</li> <li>-informasikan pasien agar pasien ikut terlibat dalam proses penyembuhan</li> <li>-libatkan keluarga jika memungkinkan (Bulechek, Gloria M, dkk. 2016)</li> </ul> <p>Maka tindakan keperawatan yang tepat : Penkes tentang perawatan katarak (b)</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Penkes tentang katarak (tidak tepat) karena keluarga sudah mengetahui kondisi penyakit yang dialami klien</p> <p>Merujuk pasien (tidak tepat) karena tidak ada gejala yang berbahaya pada mata klien untuk segera dibawa ke pelayanan kesehatan</p> <p>Merawat anggota keluarga yang sakit (tidak tepat) karena keluarga saat ini berada pada tahap merawat namun masih kurang mengetahui tindakan setelah post op katarak yang dilakukan di rumah.</p> <p>Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan (tidak tepat) karena saat ini yang dikeluhkan keluarga yaitu tidak tahu cara perawatan post op katarak di rumah</p>
<b>Materi</b>	<p>D3 Keperawatan</p> <p><b>Nomor 84.</b></p> <p>Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</p>
<b>Soal</b>	<p>Seorang lansia (67 tahun) dirawat di sebuah Rumah Sakit. Hasil pengkajian: klien mengeluh terasa lemah, tahu dengan kondisi yang dialami saat ini, hasil GDS 250 mg/dl, insulin sudah diberikan sesuai order, tampak luka 4 cm kedalaman 3 cm, pus (+), luka tampak basah, ulkus sudah dibersihkan.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tepat diberikan selanjutnya?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Menganti linen</li> <li>B. Cek gula darah klien</li> <li>C. Penkes tentang diabetes melitu s</li> <li>D. Memberikan penkes senam kaki diabetik</li> <li>E. Melakukan perawatan luka</li> </ul>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan:</p> <p>Ulkus diabetikum merupakan komplikasi kronik dari diabetes melitus berupa luka terbuka pada permukaan kulit akibat adanya penyumbatan pembuluh darah di tungkai atau neuropati perifer akibat kadar gula tinggi sehingga klien sering tidak merasakan adanya luka, luka terbukan dan berkembang menjadi infeksi disebabkan bakteri aerob dan anaerob.</p> <p>Jawaban yang tepat: Memberikan penkes senam kaki diabetik (D).</p>

	<p>Senam Kaki diabetik dilakukan untuk membantu melancarkan peredaran darah bagian kaki. Perawat sebagai tenaga kesehatan berperan membimbing penderita DM dengan memberikan penkes untuk melakukan senam kaki sampai penderita DM dapat melakukan secara mandiri (Flora, 2013)</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Opsi mengganti linen (tidak tepat) karena bukan merupakan tindakan keperawatan yang tepat sesuai kondisi klien saat ini.</li> <li>-Opsi penkes tentang diabetes melitus (tidak tepat) karena klien sudah mengetahui kondisi yang dialami saat ini/penyakit yang dideritanya dan tidak tepat secara spesifik mengatasi masalah luka diabetik pada klien</li> <li>-Opsi cek gula darah klien (tidak tepat) karena tindakan ini sudah dilakukan.</li> <li>-Opsi melakukan perawatan luka (tidak tepat) karena perawatan luka sudah dilakukan perawat.</li> </ul> <p>Flora, Rostika, Hikayati, Sigit Purwanto. (2013). Pelatihan senam kaki pada penderita Diabetes melitus dalam upaya pencegahan komplikasi diabetes pada kaki (Diabetes foot). Program studi Ilmu Keperawatan. Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya. Jurnal Pengabdian Sriwijaya</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 85.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Agenda posbindu hari ini adalah penyuluhan diet rendah garam pada lansia dengan hipertensi dan yang berisiko tinggi hipertensi. Perawat mengedukasi terkait takaran garam yang disarankan, makanan yang disarankan untuk dikonsumsi dan dikurangi. Perawat kemudian mendemonstrasikan bagaimana menyusun menu makan sesuai materi yang diberikan</p> <p style="text-align: center;">Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</p> <p>Apa evaluasi jangka panjang yang diharapkan?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Perwakilan lansia dapat mendemonstrasikan penakaran garam yang disarankan</li> <li>B. Seluruh lansia dapat menjelaskan apa itu diet rendah garam</li> <li>C. Lansia yang mengalami prehipertensi tetap bebas mengonsumsi makanan tanpa batasan garam</li> <li>D. Peserta posbindu selanjutnya meningkat</li> <li>E. Prevalensi hipertensi di wilayah binaan posbindu menurun</li> </ul>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Posbindu atau posyandu lansia memiliki beberapa jenis pelayanan kesehatan. Satu diantara pelayanan tersebut yakni penyuluhan kesehatan didalam kelompok ataupun individu lansia yang berisiko tinggi terhadap suatu penyakit. Penyuluhan kesehatan yang diberikan dapat bersifat preventif primer, sekunder, ataupun tersier guna meningkatkan derajat kesehatan lansia (Kholifah, 2016).</p> <p>Data Fokus :</p>

	<p>- Perawat mengadakan penyuluhan diet rendah garam pada lansia dengan hipertensi dan mendemonstrasikan penyusunan menu makanan yang tepat</p> <p>Jawaban yang tepat :</p> <p>d. prevalensi hipertensi di wilayah binaan posbindu menurun</p> <p>evaluasi jangka panjang dari penyuluhan diet hipertensi pada lansia yang mengalami hipertensi dan yang berisiko tinggi hipertensi yakni dilihat dari jumlah lansia yang mengalami hipertensi di wilayah tersebut, dengan harapan yang berisiko tinggi tidak mengalami hipertensi dan yang awalnya hipertensi, tekanan darahnya sudah mulai terkontrol.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <p>Opsi A, B, C, dan D tidak tepat karena kurang sesuai untuk dijadikan kriteria evaluasi jangka panjang pelaksanaan penyuluhan tersebut</p> <p>Sumber:</p> <p>Kholifah, S.N., (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Keperawatan gerontik. Jakarta: Kemenkes RI</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 86.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Ketika sedang melakukan pengkajian status kesehatan di desa, perawat menemukan seorang lansia (75 tahun) mengalami halusinasi. Perawat menyarankan agar klien dirawat di RSJ namun keluarga menolak dan akan merawat di rumah saja.</p> <p>Apa dilema etik yang terjadi pada kasus?</p> <p>A. Beneficence vs Autonomy</p> <p>B. Beneficence vs Non-maleficence</p> <p>C. Non-maleficence vs Autonomy</p> <p>D. Justice vs Autonomy</p> <p>E. Autonomy vs Akuntabilitas</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>Dilema etik merupakan suatu kondisi dimana perawat dihadapkan pada dua pilihan yang saling bertentangan, apabila perawat memenuhi prinsip etik A, maka perawat akan melanggar prinsip etik B dalam waktu yang sama. Beberapa prinsip etik yang sering muncul dalam soal yakni (AIPNI, 2019; Polit &amp; Beck, 2014):</p> <p>a. Beneficence: memberikan kebermanfaatan</p> <p>b. Non-maleficence: meminimalkan bahaya dengan melaksanakan intervensi sesuai SOP</p> <p>c. Akuntabilitas: melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan profesionalisme keperawatan</p> <p>d. Justice: berlaku adil kepada siapapun</p> <p>e. Autonomy: selalu mengembalikan keputusan terhadap intervensi/pengobatan kepada klien/keluarga dan menerapkan informed</p>

	<p>consent</p> <p>f. Veracity: mengungkapkan secara jujur dan tidak mereayasa kondisi klien</p> <p>g. Fidelity: setia, menepati janji dan menjaga kerahasiaan klien selain data di rekam medis</p> <p>h. Confidentiality: menjaga kerahasiaan data dan kondisi klien yang tertera di rekam medis dari orang lain yang tidak berkepentingan</p> <p>Data Fokus :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat menemukan klien dengan halusinasi dan menyarankan keluarga agar klien dirawat di RSJ -&gt; memberikan manfaat kepada klien agar ditangani dengan tepat dan kepada keluarga agar keluarga paham apa yang harus dilakukan ketika klien halusinasi -&gt; beneficence</li> <li>2. Keluarga menolak untuk membawa klien ke RSJ -&gt; autonomy</li> </ol> <p>Jawaban yang tepat :</p> <p>A. beneficence vs autonomy -&gt; perawat ingin klien dan keluarga memperoleh manfaat yang lebih banyak jika klien dirawat di RSJ, namun klien akan melanggar autonomy keluarga jika memaksakan saran yang diberikan, dan sebaliknya.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opsi B tidak tepat karena saran yang diberikan klien bukan termasuk dalam SOP yang harus dilakukan (non-maleficence), namun lebih kepada memberikan kebermanfaatan (beneficence).</li> <li>2. Opsi C tidak tepat karena saran yang diberikan klien bukan termasuk dalam SOP yang harus dilakukan (non-maleficence), namun lebih kepada memberikan kebermanfaatan (beneficence).</li> <li>3. Opsi D tidak tepat karena tidak ada pembandingan pasien lain sebagai indikasi dilaksanakannya prinsip justice pada kasus.</li> <li>4. Opsi E tidak tepat karena memberikan saran itu bukan merupakan akuntabilitas perawat, karena akuntabilitas perawat lebih spesifik lagi kepada sikap profesionalisme perawat dalam memberikan asuhan.</li> </ol>
<p><b>Materi</b></p>	<p>D3 Keperawatan</p>
<p><b>Nomor 87.</b></p>	



<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (45 tahun) datang ke poliklinik paru dengan keluhan sesak pada malam hari dan batuk berdahak sejak satu minggu lalu. Pasien mengatakan telah didiagnosis TB baru oleh dokter sejak 3 minggu lalu. Pasien hanya minum obat OAT satu minggu dan tidak pernah diminum lagi dua minggu terakhir.</p> <p>Apakah intervensi keperawatan yang tepat dilakukan?</p> <p>A. Kolaborasi pemeriksaan ulang dahak pasien</p> <p>B. Hentikan pengobatan sambil menunggu hasil pemeriksaan dahak</p> <p>C. Kolaborasi dengan dokter untuk mengganti terapi OAT kategori 2</p> <p>D. Edukasi untuk Lanjutkan pengobatan sampai seluruh dosis selesai</p> <p>E. Observasi pasien, bila semakin parah, lanjutkan pemeriksaan dahak ulang</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban yang tepat: edukasi untuk Lanjutkan pengobatan sampai seluruh dosis selesai</p> <p>Data fokus: Pasien mengatakan telah didiagnosis TB baru oleh dokter sejak 3 minggu lalu. Pasien hanya minum obat OAT satu minggu dan tidak pernah diminum lagi dua minggu terakhir. Artinya kasus ini adalah kasus pasien TB putus obat.</p> <p>Menurut departemen kesehatan, Tatalaksana pasien TB putus Obat diklasifikasikan menjadi 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tindakan pada pasien yang putus berobat kurang dari 1 bulan.</li> <li>2. Tindakan pada pasien yang putus berobat antara 1-2 bulan.</li> <li>3. Tindakan pada pasien yang putus berobat lebih dari 2 bulan (default).</li> </ol> <p>Jadi, Berdasarkan kasus tindakan yang dilakukan pada pasien adalah klasifikasi 1 yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Diskusikan dengan pasien untuk mencari penyebab berobat tidak teratur</li> <li>b. Lanjutkan pengobatan sampai seluruh dosis selesai.</li> </ol>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 88.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (58 tahun) dirawat di RS dengan stroke hemoragic. Hasil pengkajian: pasien mengeluh kelemahan pada ekstermitas kiri dan terlihat senyum pasien tidak simetris, Tekanan darah 160/90 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit. Pasien diminta untuk bersiul dalam keadaan pipi mengembung tekan kiri dan kanan apakah sama kuat.</p> <p>Apakah nervus kranial yang sedang dikaji oleh perawat</p> <p>A. Olfaktorius</p> <p>B. Abdusen</p> <p>C. Fasialis</p> <p>D. Vagus</p>

	E. Glosfaringeal
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Defisit neurologi terjadi sebagai akibat dari kerusakan jaringan otak atau tertekannya jaringan otak karena proses penyakit yang dialami pasien. Salah satu pemeriksaan yang dilakukan pada pasien dengan gangguan neurologis adalah pemeriksaan saraf kranial. Saraf kranial atau nervus kranialis adalah saraf-saraf yang keluar langsung dari otak dan batang otak. Pada manusia terdapat 12 pasang nervus kranialis</p> <p>Data focus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dirawat dengan stroke haemoragic</li> <li>- Tekanan darah 160/90 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit</li> <li>- Kelemahan pada ekstremitas kiri dan terlihat senyum pasien tidak simetris</li> <li>- Pasien diminta untuk bersiul dalam keadaan pipi mengembung tekan kiri dan kanan apakah sama kuat..</li> </ul> <p>Berdasarkan data yang disajikan pada kasus perawat sedang melakukan pemeriksaan nervus kranialis VII (Fasialis). Pemeriksaan motoric pada nervus VII dilakukan dengan cara:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien diperiksa dalam keadaan istirahat. Perhatikan wajah pasien kiri dan kanan, apakah simetris atau tidak. Perhatikan juga lipatan dahi, tinggi alis,nya celah mata, lipatan kulit nasolabial dan sudut mulut. Kemudian pasien diminta untuk menggerakkan wajahnya antara lain</li> <li>- Mengernyutkan dahi, dibagian yang lumpuh lipatannya tidak dalam.</li> <li>- Mengangkat alis</li> <li>- Menutup mata rapat dan coba buka dengan tangan pemeriksa.</li> <li>- Moncongkan bibir atau nyengir</li> <li>- Suruh pasien bersiul dalam keadaan pipi mengembung tekan kiri dan kanan apakah sama kuat. Bila ada kelumpuhan maka angin akan keluar kebagian sisi yang lumpuh</li> </ul> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi olfaktori tidak tepat karena nervus olfaktorius diperiksa dengan memintanya klien mencium dan mengidentifikasi berbagai aroma</li> <li>- Opsi Abduksen tidak tepat karena nervus abduksen untuk pergerakan mata lateral</li> <li>- Opsi vagus tidak tepat karena vagus diperiksa dengan meminta klien untuk menelan</li> <li>- Opsi glosfaringeal tidak tepat karena untuk menguji nervus ini klien diminta untuk mengucapkan “ah”</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
Nomor 89.	

<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (40 tahun) datang ke puskesmas untuk melakukan test tuberkulin. Klien mengatakan tinggal serumah dengan penderita TB. Perawat akan melakukan test mantoux dan saat ini perawat telah memasang handscoon.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tepat dilakukan?</p> <p>A. Desinfeksi area penusukan</p> <p>B. Melakukan insersi jarum dengan sudut 15 derajat</p> <p>C. Memilih lokasi insersi</p> <p>D. Merenggangkan lokasi penyuntikan</p> <p>E. Mengatur posisi klien</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban tepat: Desinfeksi area penusukan</p> <p>Prosedur Tindakan Injeksi Intradermal/Intrakutan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa instruksi dokter dan identifikasi pasien</li> <li>2. Jelaskan prosedurnya kepada pasien, tujuan pengobatan, lokasi penyuntikan, hasil yang diharapkan dan apa yang harus dilakukan pasien.</li> <li>3. Siapkan obat dari ampul/vial</li> <li>4. Cuci tangan.</li> <li>5. Kumpulkan peralatan di tepi ranjang pasien</li> <li>6. Posisikan pasien dan cari lokasi penyuntikan intradermal (bagian dalam lengan bawah, dada atas atau punggung atas di bawah skapula)</li> <li>7. Pasang handscoon, bersihkan area tersebut dengan swab alkohol dengan gerakan melingkar yang semakin mengarah ke luar. Biarkan kulit mengering. Letakkan kapas dinampun bersih untuk digunakan kembali untuk menarik keluar jarum.</li> <li>8. Buka penutup jarum dengan tangan yang tidak dominan dengan menariknya secara cepat.</li> <li>9. Gunakan tangan yang tidak dominan untuk meregangkan pada lokasi penyuntikan</li> <li>10. Posisikan jarum hampir sejajar dengan kulit pasien (15 derajat) dan tusukkan jarum kedalam kulit sehingga ujung jarum dapat dilihat lewat kulit. Masukkan jarum hanya sekitar 3mm.</li> <li>11. Suntikkan obat secara perlahan (0,01 – 0,1 mL). Amati timbulnya lepuh/blister. Jika tidak timbul, tarik jarum sedikit dan suntikkan obatnya.</li> <li>12. Tarik jarum dengan cepat dalam sudut yang sama dengan ketika jarum ditusukkan</li> <li>13. Jangan memijat area tersebut.</li> <li>14. Jangan tutup jarum kembali. Buang spuit dan jarum pada tempat yang seharusnya.</li> <li>15. Bantu pasien kembali ke posisi nyaman</li> </ol>

	<p>16. Lepas sarung tangan dan cuci tangan</p> <p>17. Catat pemberian obat – nama obat yang diberikan, jumlah, dosis, lokasi, dan respons pasien</p> <p>18. Gambar sebuah lingkaran mengelilingi lokasi penyuntikan menggunakan pena biru hitam. Catat tanggal dan waktu penyuntikan obat dan nama obat pada sehelai plester dan tempelkan didekat lokasi penyuntikan. Periksa reaksinya dalam waktu yang telah ditentukan.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 90.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (56 tahun) dirawat di RS dengan stroke haemoragik. Hasil pengkajian: pasien sesak, komunikasi terhambat dengan kesadaran stupor GCS 9, refleks pupil lambat, hemiparese dextra. TD 160/100, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 28 x/menit.</p> <p>Apakah masalah keperawatan yang tepat pada pasien?</p> <p>A. Gangguan komunikasi verbal</p> <p>B. Hambatan mobilitas fisik</p> <p>C. Resiko aspirasi</p> <p>D. Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>E. Pola napas tidak efektif</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus:</p> <p>Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dengan stroke haemoragik</li> <li>- Kesadaran stupor</li> <li>- GCS 9</li> <li>- Refleks pupil lambat</li> <li>- hemiparese dextra</li> <li>- TD 160/100</li> </ul> <p>Stroke haemoragik adalah pecahnya pembuluh darah otak dan menimbulkan adanya peningkatan tekanan intracerebral. Ciri terjadinya hal tersebut adalah adanya penurunan kesadaran, refleks pupil lambat, dan adanya gambaran ct scan</p> <p>Berdasarkan data diatas diagnosa keperawatan yang tepat adalah resiko perfusi serebral tidak efektif. Menurut SDKI resiko perfusi serebral tidak efektif adalah beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.</p> <p>Opsi resiko aspirasi tidak tepat karena tidak ada terkait resiko terjadinya aspirasi seperti gangguan menelan, refleks muntah, dan tersedak</p> <p>Opsi Hambatan mobilitas fisik tidak tepat karena tidak ada data fokus terkait hambatan dan penurunan kekuatan otot</p> <p>Opsi pola napas tidak efektif tidak tepat karena sesak yang terjadi pada pasien akibat stroke yang diderita pasien</p>

	Opsi gangguan komunikasi verbal: tidak tepat. Menurut SDKI gangguan komunikasi verbal berkaitan dengan kemampuan berkomunikasi baik dalam menerima, mengirim, maupun memproses.
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 91.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Salah satu target yang harus dicapai puskesmas yakni vaksinasi masyarakat tercapai 90% bulan ini. Hari ini, terdapat beberapa warga yang menolak vaksin jika diberikan vaksin merk X, sedangkan sediaan hanya ada merk tersebut. Demi mencapai target vaksinasi, perawat mengatakan bahwa mereka diberikan vaksin sesuai dengan merk yang mereka mau padahal sebenarnya diberikan merk X</p> <p>Apakah prinsip etik yang dilanggar perawat ?</p> <p>A. justice</p> <p>B. autonomy</p> <p>C. confidentiality</p> <p>D. veracity</p> <p>E. non maleficence</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Pembahasan :</p> <p>Prinsip etik merupakan penuntun profesi untuk melakukan tindakan yang baik atau tepat sesuai dengan norma yang berlaku. Beberapa prinsip etik yang sering muncul dalam soal yakni (AIPNI, 2019; Polit &amp; Beck, 2014):</p> <p>a. Beneficence: memberikan kebermanfaatan</p> <p>b. Non-maleficence: meminimalkan bahaya dengan melaksanakan intervensi sesuai SOP</p> <p>c. Akuntabilitas: melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan profesionalisme keperawatan</p> <p>d. Justice: berlaku adil kepada siapapun</p> <p>e. Autonomy: selalu mengembalikan keputusan terhadap intervensi/pengobatan kepada klien/keluarga dan menerapkan informed consent</p> <p>f. Veracity: mengungkapkan secara jujur dan tidak merekayasa kondisi klien</p> <p>g. Fidelity: setia, menepati janji, menjaga kepercayaan klien dengan dirinya sebagai perawat/tenaga kesehatan</p> <p>h. Confidentiality: menjaga kerahasiaan data dan kondisi klien yang tertera di rekam medis dari orang lain yang tidak berkepentingan, kecuali diminta di pengadilan (berkaitan dengan hukum)</p> <p>Data Fokus</p>

	<p>- Beberapa warga tidak mau menerima vaksin dengan merk X, sehingga perawat membohongi warga bahwa vaksin tersebut bukan vaksin X supaya warga bersedia untuk diberikan vaksin</p> <p>Jawaban yang tepat :</p> <p>e. veracity</p> <p>Veracity merupakan prinsip yang memegang teguh kejujuran terkait tindakan dan kondisi klien kepada klien. Pada kasus, perawat berbohong kepada klien terkait jenis vaksin yang diberikan agar klien bersedia untuk divaksin, padahal hal tersebut melanggar prinsip veracity dan tidak dibenarkan untuk dilakukan.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi A kurang tepat karena tidak ada isu justice pada kasus</li> <li>- Opsi B tidak tepat karena tidak ada isu autonomy pada kasus</li> <li>- Opsi C tidak tepat karena pada kasus, tidak tampak isu confidentiality</li> <li>- Opsi E tidak tepat karena tidak ada isu non maleficence pada kasus</li> </ul> <p>Sumber:</p> <p>AIPNI. (2019). Sinersi Edisi R. Jakarta: AIPNI</p> <p>Polit, D. F., &amp; Beck, C. T. (2014). Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice (8th edition). Hong Kong: Lippincott Williams &amp; Wilkins.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan <span style="float: right;">Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</span>
<b>Nomor 92.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Hasil pemeriksaan KPSP pada anak usia 5 tahun menunjukkan bahwa terdapat 7 jawaban YA.</p> <p>Apa interpretasi dan penatalaksanaan yang tepat berdasarkan hasil tersebut?</p> <p>A. Meragukan, lakukan pemeriksaan KPSP 6 bulan yang akan datang</p> <p>B. Penyimpangan, rujuk ke RS tumbuh kembang untuk pemeriksaan lanjutan</p> <p>C. Sesuai, lakukan pemeriksaan KPSP 3 bulan yang akan datang</p> <p>D. Meragukan, edukasi ibu cara untuk menstimulasi perkembangan anak guna mengejar ketertinggalannya atau mengatasi penyimpangan</p> <p>E. Penyimpangan, lakukan pemeriksaan ulang 2 minggu yang akan datang</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) adalah skrining tumbuh kembang anak yang dilakukan pada anak usia 0-72 bulan. Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui perkembangan anak normal atau mengalami penyimpangan. Tidak hanya perawat, guru PAUD dan TK yang sudah terlatih diperbolehkan melakukan pengkajian KPSP pada anak.</p>

	<p>Data Fokus :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usia anak 5 tahun/60 bulan --&gt; Pengkajian KPSP dilakukan setiap 6 bulan sekali pada usia 24-72 bulan</li> <li>2. Skor KPSP 7 'Ya' --&gt; Interpretasinya 'meragukan (M)'</li> </ol> <p>Jawaban yang tepat :</p> <p>Meragukan, edukasi ibu cara/intervensi untuk menstimulasi perkembangan anak guna mengejar ketertinggalannya atau mengatasi penyimpangan</p> <p>Jumlah jawaban 'Ya' 7 atau 8 pada form KPSP menunjukkan bahwa perkembangan anak 'meragukan' (M). Selanjutnya, intervensi yang dilakukan yakni (Kemkes, 2016):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beri petunjuk kepada ibu agar lebih sering lagi untuk melakukan stimulasi perkembangan anak</li> <li>- Edukasi ibu cara/intervensi untuk menstimulasi perkembangan anak guna mengejar ketertinggalannya atau mengatasi penyimpangan</li> <li>- Lakukan pemeriksaan kesehatan guna mencari kemungkinan penyakit yang menyebabkan penyimpangan perkembangan anak dan penatalaksanaannya</li> <li>- Lakukan penilaian ulang KPSP 2 minggu kemudian dengan daftar KPSP sesuai usia anak</li> <li>- Jika hasil KPSP ulang tetap menunjukkan jawaban 'Ya' 7 atau 8, maka kemungkinan ada penyimpangan.</li> </ul> <p>Tinjauan opsi lain :</p> <p>Opsi a. Interpretasi skor KPSP pada kasus yakni 'meragukan' benar, namun intervensinya yakni skrining selanjutnya harusnya 2 minggu kemudian, bukan 6 bulan kemudian.</p> <p>Opsi c. Interpretasi dan intervensi KPSP Salah karena 'sesuai' adalah interpretasi dari skor 9 atau 10, di mana salah satu intervensinya yakni skrining ulang pada 3 bulan kemudian pada anak usia kurang dari 24 bulan.</p> <p>Opsi b. Interpretasi dan intervensi KPSP Salah karena 'Penyimpangan' adalah interpretasi dari skor 6 atau kurang, dengan intervensinya yakni merujuk anak ke rumah sakit tumbuh kembang.</p> <p>Opsi e. Interpretasi KPSP Salah karena 'penyimpangan' adalah interpretasi untuk skor 6 atau kurang.</p>
<p><b>Materi</b></p>	<p>D3 Keperawatan</p>
<p><b>Nomor 93.</b></p>	
<p><b>Soal</b></p>	<p>Seorang perempuan (53 tahun) datang ke IGD dengan keluhan sesak napas sejak 3 hari lalu. Sesak hilang timbul dan memberat saat beraktivitas. Pasien mengatakan dada kanan terasa memberat dan merasa mual saat sesak terjadi. Hasil pengkajian: tekanan darah 120/90mmHg, frekuensi napas 28/menit, frekuensi nadi 92x/menit, SaO<sub>2</sub> 98%, pasien didiagnosa mengalami Efusi Pleura.</p> <p>Apakah hasil pemeriksaan auskultasi pada bunyi napas pasien?</p> <p>A. Creckles</p>

	<p>B. Friction Rub</p> <p>C. Rhonchi</p> <p>D. Wheezing</p> <p>E. Vesikular</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus :</p> <p>Seorang perempuan (53 tahun) datang ke IGD dengan keluhan sesak napas sejak 3 hari yang lalu.</p> <p>Pasien di diagnosa Efusi Pleura</p> <p>Efusi Pleura merupakan pengumpulan cairan dalam ruang pleura yang terletak diantara permukaan vicalis dan parietalis.</p> <p>Salah satu ciri pemeriksaan auskultasi pada pasien dengan efusi pleura adalah pleural friction rub.</p> <p>Pleural friction rub merupakan suara kisi atau derit dangkal terdengar selama inspirasi dan ekspirasi, disebabkan gesekan permukaan pleura yang meradang, tidak dapat dilegakan dengan batuk.</p> <p>Maka, hasil pemeriksaan auskultasi pada pasien adalah friction rub (Opsi B)</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <p>Opsi A "Crackles" tidak tepat. Creckle merupakan suara berderak halus, pendek yang terputus, alveolar rales bernada tinggi. dapat terdenhar saat inspirasi dan ekspirasi. Disebabkan oleh udara melewati cairan atau lendir di jalan napas.</p> <p>Opsi C "Rhonchi" tidak tepat. Rhonchi merupakan suara bernada rendah, kasar, berdeguk, keras dan terus menerus. paling sering tedengar saat ekspirasi tetapi dapat terdengar saat ekspirasi. Rhoncki dapat dilegakan dengan batuk. penyebab rhonchi yaitu udara yang melewati saluran udara yang menyempit akibat sekresi, pembengkakan, tumor</p> <p>Opsi D "Wheezing" tidak tepat. Wheezing merupakan bunyi berirama yang berkelanjutan, bernada tinggi, melengking. terdengar saat ekspirasi dan tidak hilang dengan batuk. Penyebabnya yaitu udara melewati bronkus yang menyempit akibat sekresi, pembengkakan, tumor.</p> <p>Opsi E "Vesikuler" tidak tepat. Vesikuler merupakan suara napas normal intensitas lembut, bernada rendah, "desahan lembut" yang muncul oleh udara yang bergerak melalui saluran udara yang lebih kecil (bronkiolus dan alveoli)</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 94.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan ( 30 tahun) dirawat di RSJ karena sering menyendiri dan tidak mau diajak berinteraksi. Keluarga mengatakan pasien jadi pendiam setelah ditinggal menikah oleh pacarnya. Setelah \$5 x\$ interaksi, pasien mulai tampak kooperatif dan kontak mata mulai ada.</p>



	<p>Apakah terapi aktivitas kelompok yang tepat diberikan pada pasien?</p> <p>A. stimulasi persepsi harga diri rendah</p> <p>B. stimulasi persepsi</p> <p>C. orientasi realita</p> <p>D. modalitas</p> <p>E. sosialisasi</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban yang tepat : E. Sosialisasi.</p> <p>DO : pasien sering menyendiri dan tidak mau bicara. Keluarga mengatakan pasien jadi pendiam setelah ditinggal menikah oleh pacarnya. Setelah 5 x interaksi klien mulai kooperatif, kontak mata mulai ada.</p> <p>Data-data di atas menunjukkan bahwa pasien mengalami masalah keperawatan yaitu isolasi sosial. Isolasi sosial adalah ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain (SDKI, 2016).</p> <p>Salah satu intervensi keperawatan untuk pasien dengan isolasi sosial adalah terapi aktivitas kelompok (TAK), yaitu TAK sosialisasi, yang terdiri dari 7 sesi, di antaranya kemampuan memperkenalkan diri, kemampuan berkenalan, kemampuan bercakap-cakap, kemampuan bercakap-cakap dengan topik tertentu, kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi, kemampuan kerjasama, dan evaluasi kemampuan sosialisasi dengan tujuan klien dapat berinteraksi dengan orang lain.</p> <p>Tinjauan opsi lain: <b>Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</b>  Opsi "stimulasi persepsi harga diri rendah" (Tidak Tepat), karena lebih tepat diberikan pada pasien dengan masalah harga diri rendah.  Opsi "stimulasi persepsi" (Tidak Tepat), karena lebih tepat diberikan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori seperti halusinasi.</p> <p>Opsi "orientasi realita" (Tidak Tepat), karena lebih tepat diberikan pada pasien dengan masalah orientasi realita seperti waham.  Opsi "modalitas" (Tidak Tepat), karena merupakan terapi gangguan jiwa secara umum, dimana TAK merupakan bagian dari terapi modalitas.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 95.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (40 tahun) pernah mengalami kecelakaan dengan trauma kepala yang menyebabkan lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik. Pasien juga pernah menggunakan obat-obatan dan memiliki kecemasan yang tinggi.</p> <p>Apakah faktor yang sedang dikaji berdasarkan kasus diatas ?</p> <p>A. faktor presipitasi</p> <p>B. faktor predisposisi</p> <p>C. penilaian terhadap stressor</p> <p>D. sumber koping</p>

	E. faktor eksternal
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>berdasarkan data yang muncul pasien dengan masalah harga diri rendah memiliki tanda adanya trauma yang menyebabkan lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik, riwayat menggunakan obat-obatan, dan memiliki kecemasan yang tinggi.</p> <p>Keyword nya untuk membedakan faktor predisposisi dan presipitasi dapat dilihat dari rentang waktu nya.</p> <p>Predisposisi : &gt; 6 bulan (sudah lama kejadian nya)</p> <p>Presipitasi : &lt; 6 bulan (kejadian yang baru baru terjadi)</p> <p>jawaban yang tepat untuk kasus tersebut adalah opsi b. Faktor Predisposisi</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 96.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat melakukan kunjungan rumah. Hasil pengkajian: seorang anak (5 tahun) mengalami diare. Perawat memberikan oralit sebagai pertolongan pertama, namun anak tampak mengalami dehidrasi berat, sehingga perawat membantu keluarga untuk merujuk ke rumah sakit.</p> <p>Apakah peran perawat yang telah dilakukan berdasarkan kasus di atas?</p> <p>A.Edukator dan Fasilitator</p> <p>B.Caregiver dan Advokat</p> <p>C.Advokat dan Koordinator</p> <p>D. Caregiver dan Fasilitator</p> <p>E.Advokat dan Fasilitator</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Peran perawat yang dijalankan berdasarkan kasus di atas adalah caregiver dan fasilitator. Care giver atau pemberi pelayanan kesehatan adalah perawat memberikan asuhan keperawatan yang professional kepada individu, keluarga dan masyarakat. Pelayanan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya keamanan menuju kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Sedangkan fasilitator adalah perawat harus mampu menjembatani dengan baik terhadap pemenuhan kebutuhan klien dan keluarga sehingga faktor risiko dalam ketidakmampuan pemenuhan kebutuhan dapat di atasi.</p> <p>Peran perawat keluarga lainnya adalah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pendidik : perawat bertanggung jawab memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga.</li> <li>- Konsultan dan Kolaborasi : perawat sebagai nara sumber bagi keluarga dalam mengatasi masalah keamanan keluarga. Peran kolaborator adalah mengajak kerja sama dengan tim kesehatan lainnya dalam menyelesaikan masalah yang dialami oleh keluarga.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengawas kesehatan : perawat bertanggung jawab dalam mengidentifikasi atau melakukan pengkajian tentang kebutuhan klien dan keluarga</li> <li>- Role model : perilaku yang ditampilkan perawat dapat dijadikan panutan.</li> <li>- Modifikasi lingkungan : perawat harus dapat memodifikasi lingkungan baik lingkungan rumah maupun lingkungan masyarakat agar tercipta lingkungan yang sehat dalam menunjang pemenuhan kebutuhan klien.</li> <li>- Manajer : perawat mempunyai peran dan tanggung jawab dalam mengelola pelayanan, maupun pendidikan keperawatan yang berada dibawah tanggung jawabnya sesuai dengan konsep manajemen keperawatan dalam kerangka paradigma keperawatan. Sebagai pengelola perawat berperan dalam memanta dan menjamin kualitas asuhan keperawatan serta organisasi dan mengendalikan sistem kesehatan</li> <li>- Penemu Kasus : perawat melakukan identifikasi terhadap fenomena yang terjadi di masyarakat dan dapat berpengaruh pada penurunan kesehatan, bahkan mengancam kesehatan. Selanjutnya penelitian dilaksanakan untuk menemukan faktor yang menjadi pencetus atau penyebab terjadinya permasalahan tersebut melalui kegiatan penelitian dan hasilnya akan diaplikasikan dalam praktek keperawatan.</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 97.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang lansia (60 tahun) dengan stroke sudah diperbolehkan untuk rawat jalan. Keluarga meminta bantuan perawat untuk memindahkan klien dari bed ke kursi roda. Saat ini, perawat sudah mendekatkan kursi roda ke samping bed, mengunci dan menaikkan pijakan kursi roda.</p> <p>Apa langkah selanjutnya yang harus dilakukan perawat?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Merendahkan bed klien</li> <li>B. Bantu klien untuk berdiri</li> <li>C. Bantu klien untuk duduk di tepi bed</li> <li>D. Berputar dari kaki yang paling jauh dari kursi roda</li> <li>E. Bantu klien untuk duduk di kursi roda</li> </ul>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>Prosedur Mobilisasi Pasien dari Bed ke Kursi Roda meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan</li> <li>2. Jelaskan prosedur pada pasien dan instruksikan apa yang harus dilakukan</li> <li>3. Rendahkan posisi bed</li> <li>4. Dekatkan kursi roda ke samping bed pada sudut 45 derajat terhadap bed</li> </ol>

5. Pastikan kursi roda dalam keadaan terkunci dan pijakan kaki kursi roda dinaikkan
6. Bantu pasien duduk di tepi bed
7. Lebarkan kaki perawat.
8. Tekuk lutut dan pinggul perawat sejajar dengan lutut pasien
9. Masukkan tangan melewati bawah axila dan letakkan tangan pada skapula
10. Bantu pasien berdiri pada hitungan ketiga sambil meluruskan pinggul dan lutut perawat
11. Berputar pada kaki yang paling jauh dari kursi roda
12. Instruksikan pasien untuk menggunakan lengan kursi roda sebagai topangan
13. Tekuk pinggul dan lutut perawat serta dudukkan pasien di kursi roda
14. Posisikan pasien dengan benar pada posisi duduk (bersandar ke kursi roda dan menaruh kaki pada pijakan kursi roda
15. Pasang selt belt jika tersedia
16. Cuci tangan

Data Fokus :

Perawat akan memindahkan klien dari bed ke kursi roda dan langkah terakhirnya yakni mengunci kursi roda dan menaikkan pijakan kursi roda (pada penjelasan di atas sudah sampai langkah ke 5).

Jawaban yang tepat :

Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan

C. bantu klien untuk duduk di tepi bed

setelah memastikan kursi roda terkunci dan pijakan dinaikkan, maka selanjutnya perawat membantu klien untuk duduk di tepi bed

Tinjauan Opsi Lain :

Opsi A tidak tepat karena hal tersebut sudah dilakukan sebelumnya

Opsi B tidak tepat karena hal tersebut dilakukan setelah perawat memasukkan tangan melewati bawah aksila dan diletakkan pada skapula klien

Opsi D tidak tepat karena hal tersebut dilakukan setelah membantu klien berdiri

Opsi E tidak tepat karena hal tersebut dilakukan setelah menginstruksikan klien untuk menggunakan lengan kursi roda sebagai topangan

Sumber:

Jacob, A. et al. (2014). Buku Ajar: Clinical Nursing Procedures, Edisi II diterjemahkan oleh Estrada, R. Tangerang: Binarupa Aksara.

**Materi**

D3 Keperawatan

<b>Soal</b>	<p>Seorang korban tabrak lari di bawa ke IGD sebuah RS. Tampak adanya perdarahan pada mulut, hidung dan telinga pasien. Perawat sedang melakukan initial asessment pada pasien tersebut.</p> <p>Apakah suara napas yang dapat ditemukan perawat pada pasien tersebut?</p> <p>A. Wheezing</p> <p>B. Stridor</p> <p>C. Gurgling</p> <p>D. Snoring</p> <p>E. Ronchi</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan:</p> <p>Data fokus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdarahan pada mulut, hidung dan telinga pasien</li> </ul> <p>Berdasarkan data pada kasus diketahui bahwa ada nya pengeluaran cairan berupa darah dari mulut, hidung dan telinga pasien. Adanya cairan pada saluran napas pasien dapat menyebabkan obstruksi parsial pada jalan napas sehingga menimbulkan suara napas abnormal. Suara yang muncul karena adanya cairan baik berupa darah, sekret, aspirasi lambung dan lain sebagainya dapat memunculkan suara napas gurgling.</p> <p>Suara napas gurgling biasanya terdengar seperti berkumur-kumur, menandakan adanya cairan dalam saluran napas pasien.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi A tidak tepat, karena kondisi ini merupakan suatu keadaan dimana suara napas saat ekspirasi terdengar tinggi, menciut atau seperti meniup peluit</li> <li>- Opsi B tidak tepat karena, kondisi ini biasanya terjadi karena suatu kondisi (misal nya radang, atau luka bakar) yang dapat menyebabkan edema pada saluran napas.</li> <li>- Opsi D tidak tepat, karena kondisi ini biasanya terjadi pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran yang diakibatkan pangkal lidah yang jatuh ke belakang sehingga meunculkan suara mengorok atau snoring</li> <li>- Opsi E tidak tepat, karena merupakan suara tambahan yang dihasilkan oleh aliran udara melalui saluran napas yang berisi sekret. Suara napas terdengar seperti gelembung-gelembung udara yang melewati cairan terutama pada fase inspirasi.</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 99.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan ( 30 tahun) ke poliklinik THT dengan keluhan: hidung tersumbat, banyak lendir, kemampuan membau menurun, dan terasa gatal. Keluhan ini dirasakan sejak 3 minggu lalu. Pasien diduga Rinosinusitis.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tepat dilakukan?</p> <p>A. Melakukan irigasi hidung</p>

	<p>B. Kolaborasi pemberian antibiotik</p> <p>C. Menganjurkan pasien menggunakan inhaler</p> <p>D. Memberikan antibiotik semprot</p> <p>E. Menganjurkan pasien kompres hangat pada hidung</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Data fokus: hidung tersumbat, banyak lendir, kemampuan membaui menurun, dan terasa gatal. Keluhan ini dirasakan sejak 3 minggu lalu. Pasien diduga Rinosinusitis. Berdasarkan kasus di atas pasien mengalami inflamasi pada hidung/nasal akibat adanya infeksi bakteri/virus, hal ini ditandai dengan adanya produksi lendir yang banyak pada mukosa hidung, yang menyebabkan hidung menjadi tersumbat dan penurunan kemampuan membaui. Intervensi yang tepat dilakukan oleh perawat adalah tindakan irigasi hidung (NIC, 2015).</p> <p>Rinosinusitis merupakan inflamasi hidung dan sinus paranasal yang ditandai adanya dua atau lebih gejala, salah satunya termasuk hidung tersumbat/ obstruksi/kongesti atau pilek (sekret hidung anterior/posterior), dengan atau tanpa nyeri wajah/ rasa tertekan di wajah, dengan atau tanpa penurunan/ hilangnya penghidu, dan salah satu temuan dari temuan nasoendoskopi (polip dan atau sekret mukopurulen dari meatus medius dan udem/ obstruksi mukosa di meatus medius) dan gambaran tomografi komputer (perubahan mukosa di kompleks osteomeatal dan atau sinus)(Fokkens et al., 2012).</p> <p>Irigasi hidung merupakan teknik yang mudah dilakukan untuk menjaga higienitas hidung dan sinonasal dengan menggunakan larutan salin. Larutan salin banyak digunakan dalam irigasi hidung sesuai dengan fisiologi mukosa hidung dan sinus paranasal. Hal ini dilakukan bertujuan untuk membersihkan hidung, melarutkan mediator inflamasi, melembabkan hidung, memperbaiki transport mukosiliar, dan mengurangi udem mukosa. Banyak penelitian yang menjelaskan manfaat irigasi hidung dengan larutan salin sebagai terapi untuk rinosinusitis akut maupun kronik. Penggunaan larutan salin sebagai pencuci hidung juga dapat mengurangi waktu penggunaan antibiotika sehingga dapat meningkatkan kepatuhan pasien dan mengurangi biaya pengobatan (Papsin, 2003; Keojampa, 2004; Rabago, 2009).</p> <p>Tinjauan opsi lainnya ;</p> <p>Opsi Kolaborasi pemberian antibiotik (kurang tepat), ini bisa saja dilakukan untuk mengatasi infeksi virus/bakteri, namun bukan sebagai tindakan utama untuk mengatasi masalah yang dialami pasien saat ini; hidung tersumbat, produksi lendir berlebihan, ini menyebabkan ketidaknyamanan bagi pasien, sehingga tindakan membersihkan hidung terlebih dahulu lebih tepat.</p> <p>Opsi Menganjurkan pasien menggunakan inhaler (kurang tepat), inhaler merupakan obat/zat yang digunakan untuk melapangkan saluran napas yang tersumbat, ini bisa digunakan untuk melapangkan saluran napas dari hidung, namun selain itu perlu tindakan pembersihan hidung terlebih dahulu untuk mengurangi lendir dari efek inflamasi.</p> <p>Opsi Memberikan antibiotik semprot (kurang tepat), ini bisa saja dilakukan (sesuai indikasi dan instruksi), namun bukan sebagai tindakan utama dalam mengatasi masalah pasien.</p> <p>Opsi Menganjurkan pasien kompres hangat pada hidung (tidak tepat), pemberian kompres hangat pada hidung tidak memiliki efek yang efisien dalam mengatasi masalah pasien.</p>

<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 100.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat melakukan kunjungan rumah. Hasil pengkajian: bayi perempuan (6 bulan) mengalami demam tinggi sejak 2 hari yang lalu. Saat perawat mengukur suhu, bayi mengalami kejang. Perawat menyarankan agar klien segera dibawa ke rumah sakit. Ibu klien bingung belum bisa memutuskan karena harus menunggu ayah klien pulang. Apakah tipe pengambilan keputusan yang digunakan oleh keluarga tersebut?</p> <p>A. Matrilineal</p> <p>B. Patrilineal</p> <p>C. Patriakal</p> <p>D. Matriakal</p> <p>E. Equalitarian</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban yang tepat adalah Patriakal. Patriakal adalah dominan pengambilan keputusan dan pemegang kekuasaan dalam keluarga adalah ayah.</p> <p>Tinjauan opsi lainnya adalah :</p> <p>Opsi patrilineal bukan merupakan pemegang kekuasaan dalam keluarga melainkan jenis struktur keluarga. Keluarga patrilineal adalah sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui garis ayah.</p> <p>Opsi matrilineal bukan merupakan pemegang kekuasaan dalam keluarga melainkan jenis struktur keluarga. Keluarga matrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui garis ibu</p> <p>Opsi Matriakal adalah Dominan pengambilan keputusan dan pemegang kekuasaan dalam keluarga adalah ibu.</p> <p>Opsi Equalitarian adalah Yang memegang kekuasaan dalam keluarga adalah ayah dan ibu.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 101.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (21 tahun) dibawa ke IGD RSJ. Keluarga mengatakan 2 hari yang lalu pasien meminum 1 gelas cairan pencuci piring. Hasil pengkajian: pasien merasa tidak berharga dan tidak memiliki masa depan, nada suara lemah, banyak menunduk. Hal ini terjadi sejak pasien di DO dari kampusnya.</p> <p>Apakah masalah keperawatan yang tepat?</p> <p>A. Percobaan bunuh diri</p> <p>B. Harga diri rendah</p>

	<p>C. Isolasi sosial</p> <p>D. Risiko bunuh diri</p> <p>E. Halusinasi</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Keluarga mengatakan 2 hari yang lalu pasien menghabiskan 1 gelas berisi cairan pencuci piring</li> <li>-Pasien merasa tidak berharga dan tidak memiliki masa depan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Nada suara lemah</li> <li>-Banyak menunduk</li> </ul> <p>Masalah keperawatan : Harga diri rendah</p> <p>Harga diri rendah adalah suatu kondisi dimana individu menilai dirinya/kemampuan dirinya negatif. Tanda dan gejala ditandai hal negatif diri sendiri atau orang lain, perasaan tidak mampu, pandangan hidup pesimis, penolakan terhadap kemampuan diri, lebih banyak menundukkan kepala, nada suara lemah, bicara lambat, mengekspresikan tidak berdaya dan tidak berguna (Utami, W., Ngesti, dkk 2016).</p> <p>Tinjauan opsi lain: <i>Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Opsi percobaan bunuh diri (tidak tepat) karena percobaan bunuh diri merupakan masalah keperawatan pasien ketika masuk RSJ bukan masalah keperawatan hasil pengkajian</li> <li>-Opsi Risiko bunuh diri (tidak tepat) karena tidak ada data yang menunjukkan perilaku pasien untuk cenderung melakukan bunuh diri</li> <li>-Opsi isolasi sosial (tidak tepat) karena tidak ada data yang menunjukkan pasien suka menyendiri, kontak mata tidak ada, tidak ada menjalin komunikasi dengan orang lain</li> <li>-Opsi halusinasi (tidak tepat) karena tidak ada data yang menunjukkan pasien mengalami gangguan persepsi yang mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi</li> </ul> <p>Utami, W. Ngesti, dkk. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan : Etika Keperawatan dan Keperawatan Profesional. Jakarta Selatan : Kemenkes RI.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 102.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Disebuah desa baru saja terjadi bencana banjir bandang yang mengakibatkan timbulnya berbagai macam masalah kesehatan. Perawat dan tim medis lainnya melakukan</p>



	<p>skrining, mengidentifikasi faktor risiko, pemberian pendkes, serta berupaya memberikan layanan kesehatan</p> <p>Kriteria hasil yang diharapkan dari kegiatan tsb kecuali?</p> <p>A. Tingkat stress menurun</p> <p>B. Kerentanan komunitas menurun</p> <p>C. Masalah kesehatan dalam komunitas menurun</p> <p>D. Tingkat kejadian penyakit menurun</p> <p>E. Kejadian infeksi anggota keluarga menurun</p>
<b>Pembahasan</b>	<p><b>Pembahasan :</b></p> <p>Bencana alam, adalah suatu peristiwa alam yang mengakibatkan dampak besar bagi populasi manusia.</p> <p>Bencana tidak hanya menimbulkan korban meninggal dan luka serta rusaknya berbagai fasilitas, tetapi juga berdampak pada permasalahan kesehatan masyarakat, seperti munculnya berbagai penyakit pasca gempa, fasilitas air bersih dan sanitasi lingkungan yang kurang baik, trauma kejiwaan serta akses terhadap pelayanan. Petugas kesehatan bersama dengan masyarakat berperan dalam penanggulangan bencana gempa, mulai dari sesaat setelah gempa (hari ke-1 hingga hari ke-3), masa tanggap darurat (hari ke-3 hingga sebulan) serta masa rehabilitasi dan rekonstruksi (sejak sebulan paskagempa)</p> <p>Data fokus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terjadi banjir badang pada suatu desa yg mengakibatkan munculnya berbagai macam permasalahan kesehatan</li> <li>- perawat dan tim medis lainnya melakukan skrining, mengidentifikasi faktor risiko, pemberian pendkes, serta berupaya memberikan layanan kesehatan</li> </ul> <p>berdasarkan kasus diatas, diagnosa keperawatan yang bisa diangkat adalah koping komunitas tidak efektif</p> <p>dimana diagnosa ini bisa diangkat ketkapola adaptasi komunitas dan penyelesaian masalah yang tidak memuaskan untuk memenuhi tuntutan atau kebutuhan masyarakat</p> <p>penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- paparan bencana</li> <li>- riwayat bencana</li> <li>- ketidakadekuatan sumber daya untuk memecahkan masalah</li> <li>- ketidakcukupan SDM</li> <li>- tidak ada sistem masyarakat</li> </ul> <p>gelaja dan tanda mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengungkapkan ketidak berdayaan</li> <li>- komunitas tidak memenuhi haapan anggotanya</li> <li>- konflik masyarakat meningkat</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- insiden masyarakat tinggi(mis. Pembunuhan, pengrusakan, terorisme, perapokan, pelecehan, pengangguran, kemiskinan dan penyakit mental)</li> </ul> <p>gejala dan tanda minor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengungkapkan kerentanan komunitas</li> <li>- partisipasi masy kurang</li> <li>- tingkat penyakit meningkat</li> <li>- stress meningkat</li> </ul> <p>Salah satu intervensi keperawatan yang bisa dilakukan untuk diagnosa ini adalah manajemen lingkungan komunitas, dengan tindakan tindakannya adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- melakukan skrining risiko gangguan kesehatan</li> <li>- identifikasi faktor risiko kesehatan</li> <li>- promosikan kebijakan pemerintah untuk mengurangi risiko penyakit</li> <li>- berikan pendidikan kesehatan untuk kelompok risiko</li> <li>- informasikan layanan kesehatan ke individum masyarakat, keluarga dan kelompok risiko</li> </ul> <p>dengan dilakukannya tindakan tindakan tsb hasil/luaran yang diharapkan adalah terjadinya peningkatan status koping komunitas, kriteria hasil yang diharapkan diantaranya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- insiden masalah kesehatan dalam komunitas menurun</li> <li>- kerentanan komunitas menurun</li> <li>- konflik dalam komunitas menurun</li> <li>- tingkat kejadian penyakit menurun</li> <li>- tingkat stress menurun</li> </ul> <p>maka dari itu yang bukan merupakan salah satu luaran/hasil yang diharapkan dalam pemberian intervensi diatas adalah E. Kejadian Infeksi Anggota Keluarga Menurun</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 103.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (54 tahun) dirawat di RS dengan CHF. Saat overan pergantian shift, pasien tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran. Hasil pengkajian: gambaran monitor Ventrikel Takikardi, pasien tidak merespons saat dipanggil, GCS 3, frekuensi nadi 252 x/menit, tekanan darah 45/10 mmHg, frekuensi napas 4x/menit, SaO2 72%.</p> <p>Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus?</p> <p>A. Gangguan Sirkulasi Spontan</p> <p>B.Penurunan Curah Jantung</p> <p>C.Gangguan Peyapihan ventilator</p> <p>D.Disrefleksia Otonom</p>

	E.Gangguan Ventilasi Spontan
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus: Pasien mengalami penurunan kesadaran, unrespons, GCS 3, Gambaran EKG Ventrikel Takikardi, Frekuensi nadi 252x/menit (60-100x/menit), tekanan darah 45/10 mmHg (Normal: Sistol: 90-13 mmHg Diastol 60-80 mmHg), Frekuensi napas 4x/menit (Normal: 12-20x/menit), saturasi oksigen 72% (Normal: 95%-100%).</p> <p>Data-data ini telah menunjukkan pasien telah mengalami Gangguan sirkulasi spontan yaitu ketidakmampuan untuk mempertahankan sirkulasi yang adekuat untuk menunjang kehidupan (SDKI, 2016).</p> <p>Tanda dan Gejala Mayor dari Gangguan sirkulasi spontan adalah tidak berespons, frekuensi nadi &lt;50x/menit atau &gt;150x/menit, tekanan darah sistolik &lt;60mmHg atau &gt;200mmHg, frekuensi napas &lt;6x/menit atau &gt;30x/menit, penurunan kesadaran/tidak sadar.</p> <p>Sementara tanda dan Gejala minor: saturasi oksigen &lt;85%, gambaran EKG menunjukkan aritmia letal (mis. VT, VF, asistol, PEA), tidak ada produksi urin dalam 6 jam, dll.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 104.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang lansia (68 tahun) dirawat di sebuah RS dengan Hernia Scrotalis Dextra. Hasil pengkajian: ada benjolan pada skrotum sebelah kanan yang sudah dirasakan sejak 1 tahun yang lalu. Perawat melakukan injeksi IM dengan order obat Xylomidon 2cc/8 jam, saat di aspirasi muncul darah.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tepat selanjutnya?</p> <p>A. Tarik jarum perlahan dan stabil sambil menahan pada bagian penghubung antara tabung spuit dengan jarum</p> <p>B. Buang jarum tanpa tutup dan spuit pada tempat yang seharusnya</p> <p>C. Tarik jarum dan siapkan injeksi baru</p> <p>D. Tarik jarum secara perlahan dan stabil</p> <p>E. Lepaskan handscoon dan cuci tangan</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus :</p> <p>Perawat melakukan injeksi IM dengan order obat Xylomidon 2cc/8 jam, saat di aspirasi muncul darah. maka jika muncul darah tarik jarum dan siapkan injeksi baru karena tidak berada di intramuscular</p> <p>Prosedur tindakan injeksi Intramuskular</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis).</li> <li>2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur</li> </ol>

	<p>3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sarung tangan bersih</li> <li>Sput, sesuai kebutuhan</li> <li>Obat intramuskular</li> <li>Alcohol swab</li> <li>Plester</li> <li>Safety box</li> </ol> <p>4. Lakukan prinsip 6 benar pemberian obat (pasien, obat, dosis, waktu, rute dan dokumentasi)</p> <p>5. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</p> <p>6. Pasang sarung tangan bersih</p> <p>7. Tarik obat ke dalam spuit dari ampul/vial</p> <p>8. Pilih area injeksi yang sesuai (vastus lateralis, ventrogluteal, deltoid)</p> <p>9. Hindari area yang mengalami memar, radang, edema, lesi, atau perubahan warna</p> <p>10. Desinfeksi area injeksi dengan alcohol swab</p> <p>11. Gunakan teknik z-track untuk mencegah obat keluar ke jaringan subkutan dan kulit</p> <p>12. Tusukkan jarum dengan sudut 90 derajat</p> <p>13. Lakukan aspirasi dan pastikan tidak ada darah</p> <p>14. Injeksikan obat secara perlahan</p> <p>15. Cabut jarum</p> <p>16. Hindari melakukan massase pada area penusukan</p> <p>17. Tutup area penusukan dengan plester</p> <p>18. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan</p> <p>19. Lepaskan sarung tangan</p> <p>20. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</p> <p>21. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 105.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang ibu (33 tahun) status obstetri G3P1A1 usia kehamilan 39 minggu datang ke UGD dengan keluhan keluar cairan bercampur darah, lendir tidak ada, tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 86x/menit, frekuensi napas 24x/menit dan suhu 37 C. Riwayat melahirkan nak pertama normal.</p>

	<p>Apakah pemeriksaan selanjutnya yang tepat dilakukan perawat?</p> <p>A. Pemeriksaan darah lengkap</p> <p>B. Pemeriksaan Leopold IV</p> <p>C. Pemeriksaan protein urin</p> <p>D. Pemeriksaan Leopold III</p> <p>E. Pemeriksaan dalam (VT)</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban Tepat : E. Pemeriksaan Dalam (VT)</p> <p>DS : keluhan keluar cairan bercampur darah, lendir tidak ada</p> <p>DO : status obstetri G3P1A1 usia kehamilan 39 minggu, tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 86x/menit, frekuensi napas 24x/menit dan suhu 37 C. Anak pertama lahir secara normal</p> <p>Tanda-tanda ini menunjukkan adanya tanda persalinan (Prawohardjo, 2000) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala turun masuk PAP</li> <li>- TFU menurun</li> <li>- Serviks lembek dan mendatar serta mengeluarkan sekresi lendir darah dari vagina.</li> <li>- Kekuatan HIS bertambah</li> <li>- Ketuban pecah dengan sendirinya</li> <li>- Pembukaan lengkap</li> </ul> <p>Tujuan kita melakukan VT untuk mengetahui berapa cm pembukaan yang terjadi, apakah pembukaan sudah lengkap atau belum, dari data yang ada juga menunjukkan ketuban sudah pecah dengan sendirinya, yang menandakan sudah terjadi tanda-tanda inpartu.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <p>Opsi “Pemeriksaan darah lengkap” (tidak tepat), darah lengkap diperiksa apabila pasien melahirkan dengan indikasi SC. Pada pasien yang melahirkan secara spontan tidak diwajibkan untuk dilakukan pemeriksaan darah lengkap</p> <p>Opsi “Pemeriksaan protein urin” (tidak tepat), pemeriksaan ini dilakukan untuk pemeriksaan penunjang pada pasien dengan preeklamsi</p> <p>Opsi “Pemeriksaan Leopold III” (tidak tepat), dilakukan untuk menentukan apakah janin sudah masuk PAP atau belum.</p> <p>Opsi “Pemeriksaan Leopold IV” (tidak tepat), dilakukan untuk menentukan sejauh mana janin masuk PAP.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 106.</b>	

<b>Soal</b>	<p>Seorang kepala ruangan rawat inap kurang mengontrol staffnya dalam bekerja. Kebijakan yang telah dibuat tidak berjalan secara optimal, bahkan kepala ruangan membiarkan staffnya untuk bekerja sesuai keinginan dan keahlian yang mereka miliki tanpa ada arahan serta kurangnya supervisi dari kepala ruangan.</p> <p>Apakah tipe kepemimpinan yang diterapkan oleh kepala ruangan?</p> <p>A. Demokratis</p> <p>B. Partisipatif</p> <p>C. Autokratis</p> <p>D. Birokratis</p> <p>E. Laissezz faire</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus:</p> <p>Kebijakan yang telah dibentuk tidak berjalan secara optimal, bahkan kepala ruangan membiarkan staffnya untuk bekerja sesuai keinginan dan keahlian yang mereka miliki tanpa ada arahan serta kurangnya supervisi dari kepala ruangan.</p> <p>Tipe kepemimpinan yang telah diterapkan oleh kepala ruangan tersebut adalah laissezz faire. Laissezz faire disebut juga bebas tindak atau membiarkan. Merupakan pimpinan official, karyawan menentukan sendiri kegiatan tanpa pangarah, supervisi, dan koordinasi. Staf/bawahan mengevaluasi pekerjaan sesuai dengan cara sendiri. Pimpinan hanya sebagai sumber informasi dan pengendali secara minimal atau sebagai fasilitator.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi gaya kepemimpinan demokratis (tidak tepat), karena merupakan kepemimpinan yang menghargai sifat dan kemampuan setiap staf. Menggunakan kekuasaan posisi dan pribadinya untuk mendorong ide-ide dari staf, memotivasi kelompok untuk menentukan tujuan sendiri. Membuat perencanaan, mengontrol dalam penerapannya, informasi diberikan seluas – luasnya dan terbuka. Prinsipnya pemimpin melibatkan kelompok dalam pengambilan keputusan dan memberikan tanggung jawab pada karyawannya</p> <p>Opsi gaya kepemimpinan partisipatif (tidak tepat), karena merupakan gabungan bersama antara gaya kepemimpinan otoriter dan demokratis. Dalam pemimpin partisipatif, manajer menyajikan analisa masalah dan mengusulkan tindakan kepada para anggota kelompok, mengundang kritikan dan komentar mereka. Dengan menimbang jawaban bawahan atas usulannya, manajer selanjutnya membuat keputusan final bagi tindakan oleh kelompok tersebut.</p> <p>Opsi gaya kepemimpinan autokratis (tidak tepat), karena merupakan gaya kepemimpinan yang berorientasi pada tugas atau pekerjaan. menggunakan kekuasaan posisi dan kekuatan dalam memimpin dengan cara otoriter, bertanggungjawab untuk semua perencanaan tujuan dan pembuatan keputusan serta memotivasi bawahannya dengan menggunakan sanjungan, kesalahan, dan penghargaan. pemimpin menentukan semua tujuan yang akan dicapai dalam pengambilan keputusan. Seorang pemimpin yang menggunakan gaya ini biasanya akan menentukan semua keputusan yang berkaitan dengan seluruh kegiatannya</p>

	<p>dan memerintah seluruh anggotanya untuk mematuhi dan melaksanakannya.</p> <p>Opsi gaya kepemimpinan birokratis (tidak tepat), karena gaya kepemimpinan yang ditandai dengan keterikatan yang terus-menerus kepada aturan-aturan organisasi. Gaya ini menganggap bahwa kesulitan-kesulitan akan dapat diatasi bila setiap orang mematuhi peraturan. Keputusan-keputusan dibuat berdasarkan prosedur-prosedur yang baku dari instansi terkait.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 107.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang kepala ruangan di ruang rawat bedah sedang mengidentifikasi masalah dan keterbatasan yang dihadapi oleh perawat ruangan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Hasilnya kemudian dijadikan landasan oleh kepala ruangan untuk melakukan pelatihan dan pemberdayaan kepada perawat ruangan agar mampu memberikan pelayanan yang terbaik.</p> <p>Apakah fungsi dan peran kepala ruangan lakukan sesuai dengan kasus tersebut?</p> <p>A. Pengarahan</p> <p>B. Pengorganisasian</p> <p>C. Pengelolaan staff</p> <p>D. Perencanaan</p> <p>E. Pengendalian</p>
<b>Pembahasan</b>	<p><b>Pembahasan</b></p> <p>Data fokus:</p> <p>Seorang kepala ruangan sedang mengidentifikasi masalah dan keterbatasan yang dihadapi oleh perawat ruangan. Hasilnya kemudian dijadikan landasan oleh kepala ruangan untuk melakukan pelatihan dan pemberdayaan kepada perawat ruangan agar mampu memberikan pelayanan yang terbaik.</p> <p>Maka fungsi dan peran yang dilakukan oleh kepala ruangan yaitu perencanaan (planning). Tindakan perencanaan ini meliputi proses perencanaan, menentukan misi, visi, tujuan, kebijakan, prosedur, dan peraturan-peraturan dalam pelayanan keperawatan, kemudian membuat perkiraan proyeksi jangka pendek dan jangka panjang serta menentukan jumlah biaya dan mengatur adanya perubahan berencana.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi pengorganisasian (organizing) (tidak tepat), karena tindakan pengorganisasian ini meliputi beberapa kegiatan diantaranya menetapkan struktur organisasi, menentukan model penugasan keperawatan sesuai dengan keadaan klien dan ketenagaan, mengelompokkan aktivitas-aktivitas untuk mencapai tujuan dari unit, bekerja dalam struktur organisasi yang telah ditetapkan dan memahami serta menggunakan kekuasaan dan otoritas yang sesuai.</p> <p>Opsi pengelolaan staff (staffing) (tidak tepat), karena tindakan pengelolaan staf ini meliputi kegiatan yang berhubungan dengan kepegawaian di antaranya adalah rekrutmen, wawancara,</p>

	<p>mengorientasikan staf, menjadwalkan dan mengsosialisasikan pegawai baru serta pengembangan staf.</p> <p>Opsi pengarahan (directing) (tidak tepat), karena tindakan pengarahan ini meliputi pemberian motivasi, supervisi, mengatasi adanya konflik, pendelegasian, cara berkomunikasi dan fasilitasi untuk kolaborasi.</p> <p>Opsi pengendalian (controlling) (tidak tepat) tindakannya meliputi pelaksanaan penilaian kinerja staf, pertanggungjawaban keuangan, pengendalian mutu, pengendalian aspek legal dan etik serta pengendalian profesionalisme asuhan keperawatan.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 108.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang pasien dirawat di CVCU RS dengan nyeri dada. Hasil pemeriksaan tanda vital, frekuensi nadi 130 x/menit, tekanan darah 160/90 mmHg, frekuensi napas 26x/menit. Pasien mendapatkan terapi digoxin 0,5 mg loading dose.</p> <p>Apakah evaluasi hasil keperawatan yang tepat?</p> <p>A. Tekanan darah normal</p> <p>B. Urin output seimbang</p> <p>C. Pernapasan normal</p> <p>D. Denyut nadi normal</p> <p>E. Suhu tubuh normal</p>
<b>Pembahasan</b>	<p><b>Pembahasan</b></p> <p>Jawaban denyut nadi normal</p> <p>Digoxin mempunyai dua mekanisme kerja. Pertama memperlambat fase repolarisasi atau menyebabkan fase depolarisasi miokard menjadi lebih lama sehingga kontraktilitas jantung meningkat. Mekanisme yang kedua adalah meningkatkan tonus vagus (parasimpatis) sehingga menurunkan laju jantung.</p> <p>Sehingga bisa disimpulkan bahwa kerja utama Digoksin adalah penurunan laju jantung (Heart Rate)</p> <p>Pada kasus, pasien dengan frekuensi nadi 130 x/menit diberikan Digoksin adalah untuk mengembalikan irama jantung menjadi normal dengan indikator penurunan detak jantung kembali dalam rentang normal.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi Tekanan Darah normal (kurang tepat), karena Tekanan darah kembali normal adalah evaluasi lanjutan dari dari pemberian digoksin</p> <p>Opsi Pernapasan normal dan suhu normal (kurang tepat), bukan evaluasi utama kasus</p> <p>Opsi urin output seimbang (kurang tepat) karena tidak ada pemberian terapi cairan yang harus dievaluasi segera urin output setelah pemberian terapi. Meskipun urin output seimbang adalah indikator dari hemodinamik yang stabil</p>



<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 109.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Perawat komunitas melakukan survei ke sebuah desa. Hasil pengkajian: 15% balita di desa tersebut berada di garis kuning, 50% ibu yang memiliki balita tidak mengetahui tentang gizi seimbang pada balita, dan 20% balita hanya diberi makan nasi dan sayur.</p> <p>Apakah intervensi yang tepat bagi masyarakat tersebut?</p> <p>A. Melakukan pemeriksaan DDST</p> <p>B. Menganjurkan balita makan sedikit tapi sering</p> <p>C. Menganjurkan balita untuk banyak minum</p> <p>D. Memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi seimbang pada balita</p> <p>E. Memberikan dukungan pada ibu untuk meningkatkan pengasuhan</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban tepat: Memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi seimbang pada balita</p> <p>Data fokus : 15% balita di desa tersebut berada di garis kuning, 50% ibu yang memiliki balita tidak mengetahui tentang gizi seimbang pada balita, dan 20% balita hanya diberi makan nasi dan sayur. Berdasarkan data masalah keperawatan pada kasus defisit pengetahuan yaitu kurangnya informasi kognitif terkait topik tertentu yaitu gizi pada balita. Sehingga intervensi yang tepat pada kasus adalah memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi seimbang pada balita.</p> <p>Tinjauan opsi lain :</p> <p>Opsi “Melakukan pemeriksaan DDST” (tidak tepat), karena DDST digunakan untuk melihat tumbuh kembang anak, sedangkan pada kasus tidak ada data tentang tumbuh kembang anak</p> <p>Opsi “Menganjurkan balita makan sedikit tapi sering” (tidak tepat), karena tidak ada data yang menjelaskan masalah dengan pencernaan balita, masalah keperawatan kasus adalah kurang pengetahuan.</p> <p>Opsi “Menganjurkan balita untuk banyak minum” (kurang tepat) karena tidak ada data yang menunjukkan masalah kekurangan cairan pada kasus</p> <p>Opsi “Memberikan dukungan pada ibu untuk meningkatkan pengasuhan” (kurang tepat), karena tidak ada data yang menunjukkan gangguan peran dari orangtua.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 110.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (51 tahun) dirawat di RS dengan Ulkus Diabetikum. Pasien mengeluh nyeri pada area ulkus di dorsal pedis dextra. Hasil pengkajian: GDS 315 mg/dl, luka kemerahan, ada pus yang berbau, klien cemas akan kondisinya. Saat ini perawat hendak melakukan perawatan luka.</p>

	<p>Apakah kriteria hasil yang diharapkan dari tindakan yang dilakukan?</p> <p>A. Nyeri berkurang</p> <p>B. Tidak ada nekrosis dan pus berkurang</p> <p>C. Turgor kulit membaik</p> <p>D. Ansietas berkurang</p> <p>E. GDS Normal.</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Ulkus diabetik merupakan luka terbuka pada permukaan kulit karena adanya komplikasi makroangiopati sehingga terjadi vaskuler insusifiensi dan neuropati, keadaan lebih lanjut terdapat luka pada penderita yang sering tidak dirasakan, dan dapat berkembang menjadi infeksi disebabkan oleh bakteri aerob maupun anaerob.</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dengan ulkus diabetikum di area dorsal pedis dextra</li> <li>- GDS 315 mg/dl</li> <li>- Luka kemerahan, terdapat pus dan berbau</li> <li>- Perawat melakukan perawatan luka</li> </ul> <p>Berdasarkan data diatas maka diagnosa yang tepat adalah Gangguan integritas jaringan.</p> <p>Tujuan dari dilakukan perawatan luka yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengurangi atau menghilangkan jaringan mati (nekrotik) &amp; sekresi yang terjadi pada luka</li> <li>2. Mempercepat proses penyembuhan luka.</li> <li>3. Mengurangi resiko terjadinya infeksi</li> </ol> <p>Sehingga evaluasi yang diharapkan dari tindakan tersebut adalah tidak ada nekrosis dan pus berkurang</p> <p>Tinjauan opsi lainnya :</p> <p>Opsi GDS normal tidak tepat karena ini bukan merupakan tujuan dari intervensi perawatan luka</p> <p>Opsi nyeri berkurang dan ansietas berkurang tidak tepat karena bukan merupakan tujuan dari tindakan perawatan luka.</p> <p>Opsi turgor kulit tidak tepat karena turgor kulit merupakan kriteria hasil untuk luaran status cairan. Turgor kulit digunakan untuk melihat derajat dehidrasi pada tubuh</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 111.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki dibawa ke iGD RS dengan keluhan lemas, berkeringat, pucat dan pasien tampak mengantuk. Pasien diketahui menderita DM sejak 5 tahun yang lalu, tidak</p>

	<p>mengonsumsi obat yang diberikan dokter, tapi membeli ramuan dari luar. Hasil GDS 60 mg/d</p> <p>Apakah tindakan yang tepat dilakukan oleh perawat?</p> <p>A. Memberikan minuman manis pada pasien</p> <p>B. Memberikan dextrose 40 %</p> <p>C. Monitor Glukosa darah</p> <p>D. Menganjurkan untuk segera makan nasi</p> <p>E. Injeksi insulin 10 iu</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh lemas, berkeringat, pucat</li> <li>- Pasien tawak mengantuk, hal ini menandakan pasien mulai mengalami penurunan kesadaran</li> <li>- Dm sejak 5 tahun lalu</li> <li>- Hasil GDS 60 mg/dl</li> </ul> <p>Berdasarkan data diatas pasien mengalami Hipoglikemi</p> <p>Hipoglikemia adalah kondisi ketika kadar glukosa (gula darah) berada di bawah normal. Hipoglikemia pada pasien diabetes yang dirawat di rumah sakit biasanya terjadi akibat obat penurunan glukosa darah yang dikonsumsi.</p> <p>Tindakan yang tepat pada pasien tersebut adalah Memberikan dextrose 40%, hal ini merupakan penanganan hipoglikemi pada pasien yang sudah mengalami penurunan kesadaran</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan minuman manis dan menganjurkan makan nasi tidak tepat karena pasien sudah mengalami penurunan kesadaran</li> <li>- monitor gula darah tidak tepat karena hal ini dapat dilakukan setelah pemberian minuman manis kepada pasien</li> <li>- menyuntikkan insulin 10 iu tidak tepat karena pasien mengalami hipoglikemia sedangkan kinerja insulin yaitu untuk menurunkan kadar glukosa darah.</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 112.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Dinas Kesehatan Provinsi membentuk tim komunitas untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di suatu kelurahan. Tim komunitas belum mengenal daerah yang dituju, sehingga tim melakukan eksplorasi terhadap daerah tersebut dengan menggunakan buku ataupun computer search.</p> <p>Apakah metode pengkajian yang dilakukan oleh tim komunitas?</p> <p>A. Winshield Survey</p>

	<p>B. Survey</p> <p>C. Focus Group Discussion</p> <p>D. Archival data</p> <p>E. Literature Review</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>Melakukan eksplorasi terhadap daerah tersebut dengan menggunakan buku ataupun computer search merupakan pengkajian dengan cara literature review. Maka jawaban yang tepat adalah D Literature Review.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi "Winshield Survey" (tidak tepat), karena pengkajian tidak dilakukan dengan cara berjalan-jalan di sepanjang lingkungan yang diamati.</p> <p>Opsi 'Survey (tida tepat), karena pengkajian tidak menggunakan kuesioner ataupun face to face interviews.</p> <p>Opsi "Focus Group Discussion" (tidak tepat), karena pengkajian tidak dilakukan dengan cara mengumpulkan sekelompok orang untuk menanggapi serangkaian pertanyaan.</p> <p>Opsi "Archival data" (tidak tepat), karena pengkajian menggunakan data-data arsip seperti data penyakit dan kesehatan yang ditemukan pada unit pelayanan kesehatan.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 113.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang wanita (48 tahun) dibawa ke RSJ 2 minggu yang lalu oleh keluarga karena sering tertawa sendiri dan selalu berbicara dengan boneka kesayangannya. Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan bahwa boneka ini adalah pacarnya. Perawat telah mengajarkan pasien untuk patuh minum obat.</p> <p>Apakah strategi pelaksanaan yang harus diberikan perawat selanjutnya ?</p> <p>A. menjelaskan cara menghardik</p> <p>B. melatih pasien melakukan aktivitas terjadwal</p> <p>C. mengevaluasi tanda gejala serta karakteristik halusinasi yang dialami oleh pasien</p> <p>D. mengkaji aspek positif yang dimiliki pasien</p> <p>E. melatih pasien cara berbincang-bincang</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>DO : pasien dibawa oleh keluarga ke RSJ dua minggu yang lalu karena sering tertawa sendiri dan selalu berbicara dengan boneka kesayangannya</p> <p>DS : pasien mengatakan bahwa boneka ini adalah pacarnya.</p> <p>Berdasarkan data diagnosa yang dialami pasien adalah halusinasi. perawat telah memberikan SP 2 pada pasien yaitu patuh minum obat, maka SP selanjut nya adalah SP 3 halusinasi Menjelaskan dan melatih Pasien cara berbincang-bincang.</p> <p>SP 1 : Mengevaluasi tanda-gejala dan karakteristik halusinasi yang dirasakan. Memvalidasi kemampuan cara menghardik, cara minum obat dengan prinsip 7 benar, cara bincang-bincang, dan cara melakukan</p>

	<p>aktivitas terjadwal yang sudah dikuasai. Menjelaskan tanda - gejala dan karakteristik halusinasi, penyebab dan akibat halusinasi, serta Menjelaskan dan melatih Pasien cara menghardik</p> <p>SP 2 : Menjelaskan dan melatih Pasien minum obat dengan prinsip 7 benar, keuntungan minum obat dan kerugian tidak minum obat</p> <p>SP 3 : Menjelaskan dan melatih Pasien cara berbincang-bincang</p> <p>SP 4 : Menjelaskan dan melatih Pasien cara beraktivitas</p> <p>jawaban yang tepat adalah opsi E. melatih pasien berbincang-bincang</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 114.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (45 tahun) dirawat di ruangan kebidanan dengan kanker serviks. Saat ini pasien sedang menjalani kemoterapi siklus ketiga. Hasil pengkajian: adanya alergi antibiotic ceftriaxone dan didapatkan skala morse pasien yaitu 24.</p> <p>Apakah jenis gelang identifikasi yang tepat dipakaikan pada pasien?</p> <p>A. Gelang berwarna merah muda, abu-abu, merah, dan kuning</p> <p>B. Gelang berwarna merah muda, abu-abu, dan merah</p> <p>C. Gelang berwarna biru dan kuning</p> <p>D. Gelang berwarna biru, kuning, dan merah</p> <p>E. Gelang berwarna merah muda, merah, dan kuning</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien berjenis kelamin perempuan maka dipakaikan gelang berwarna merah muda</li> <li>• Pasien sedang menjalani kemoterapi maka dipakaikan gelang abu-abu</li> <li>• Pasien alergi antibiotic ceftriaxone maka dipakaikan gelang merah</li> </ul> <p>Pemakaian gelang pasien dibedakan berdasarkan warna yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Merah muda untuk pasien jenis kelamin perempuan</li> <li>• Biru untuk pasien jenis kelamin laki-laki</li> <li>• Merah untuk pasien alergi obat-obatan</li> <li>• Kuning untuk pasien dengan risiko jatuh</li> <li>• Hijau untuk pasien alergi lateks</li> <li>• Ungu untuk pasien DNR (Do Not Resusitation)</li> <li>• Abu-abu untuk pasien dengan pemasangan bahan radioaktif (kemoterapi)</li> </ul> <p>Tinjauan opsi lain:</p>

	<p>Opsi gelang berwarna merah muda, abu-abu, merah, dan kuning (tidak tepat), karena pasien tidak memiliki risiko jatuh sebab skala morese 24 (tidak berisiko jatuh)</p> <p>Opsi gelang berwarna biru dan kuning (tidak tepat), karena pasien tidak berjenis kelamin laki-laki dan tidak memiliki risiko jatuh sebab skala morese 24 (tidak berisiko jatuh)</p> <p>Opsi gelang berwarna biru, kuning, dan merah (tidak tepat), karena pasien tidak berjenis kelamin laki-laki dan tidak memiliki risiko jatuh sebab skala morese 24 (tidak berisiko jatuh)</p> <p>Opsi gelang berwarna merah muda, merah, dan kuning (tidak tepat), karena pasien tidak memiliki risiko jatuh sebab skala morese 24 (tidak berisiko jatuh)</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 115.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (45 tahun) dirawat di RS dengan stroke hemoragik. Hasil pengkajian ; pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien membuka mata saat diberikan tekanan pada sternum, kedua tangan fleksi abnormal saat diberi rangsangan nyeri, dan pasien terdengar mengerang.</p> <p>Berapakah GCS pasien pada kasus?</p> <p>A.6</p> <p>B.10</p> <p>C.8</p> <p>D.7</p> <p>E.4</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>"Pemeriksaan GCS pada orang Dewasa :</p> <p>Eye (respons membuka mata) :</p> <p>(4) : Spontan</p> <p>(3) : Dengan rangsang suara (suruh pasien membuka mata).</p> <p>(2) : Dengan rangsang nyeri (berikan rangsangan nyeri, misalnya menekan kuku jari).</p> <p>(1) : Tidak ada respons</p> <p>Verbal (respons verbal) :</p> <p>(5) : Orientasi baik</p> <p>(4) : Bingung, berbicara mengacau (sering bertanya berulang-ulang), disorientasi tempat dan waktu.</p> <p>(3) : Kata-kata tidak jelas</p> <p>(2) : Suara tanpa arti (mengerang)</p> <p>(1) : Tidak ada respons</p> <p>Motorik (Gerakan) :</p> <p>(6) : Mengikuti perintah</p> <p>(5) : Melokalisir nyeri (menjangkau &amp; menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri).</p> <p>(4) : Withdraws (menghindar/menarik extremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri)</p> <p>(3) : Flexi abnormal (tangan satu atau keduanya posisi kaku di atas dada &amp; kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri).</p> <p>(2) : Extensi abnormal (tangan satu atau keduanya ekstensi di sisi tubuh, dengan jari mengepal &amp; kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri).</p>

	<p>(1) : Tidak ada respons</p> <p>Berdasarkan kasus; pasien membuka mata saat diberikan tekanan pada sternum (E2), kedua tangan fleksi abnormal saat diberi rangsangan nyeri (M3), dan pasien terdengar mengerang (V3).</p> <p>GCS pasien adalah : E2M3V2 = 7</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 116.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang anak perempuan (5 tahun) dirawat karena DBD. Perawat akan mengambil darah vena untuk pemeriksaan darah lengkap. Anak selalu menangis setiap kali perawat masuk ke ruangan. Perawat kemudian mengajak anak bermain boneka untuk menenangkan anak. Perawat mengajak anak bermain seolah olah sebagai perawat yang akan melakukan pengambilan darah pada bonekanya.</p> <p>Apakah jenis terapi bermain yang dilakukan perawat dan anak?</p> <p>A. Solitary play</p> <p>B. Therapeutic play</p> <p>C. Dramatic play</p> <p>D. Onlooker play</p> <p>E. Skill play</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak selalu menangis setiap kali perawat masuk ke ruangan anak.</li> <li>- Perawat mengajak anak bermain seolah olah sebagai perawat yang akan melakukan pengambilan darah pada bonekanya</li> </ul> <p>Maka jenis terapi bermain yang dilakukan perawat dan anak adalah Therapeutic Play (Opsi B)</p> <p>Therapeutic play merupakan permainan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan psikologis anak selama hospitalisasi. dapat membantu mengurangi stres, memberikan instruksi dan perbaikan kemampuan fisiologis. Permainan dengan menggunakan alat-alat medis dapat menurunkan kecemasan dan untuk pengajaran perawatan diri. contoh permainan ini yaitu bermain boneka memeragakan perawat menginjeksi obat.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <p>Opsi Solitary play, tidak tepat, karena solitary play merupakan jenis permainan berdasarkan karakteristik sosial berupa permainan sendiri atau independen walaupun ada orang lain disekitarnya dimulai dari bayi (todler), dikarenakan keterbatasan sosial, keterampilan fisik dan kognitif. contohnya : anak bermain sendiri dengan mobil-mobilannya.</p> <p>Opsi Skill play, tidak tepat, karena skill play merupakan jenis permainan berdasarkan isi permainan yang akan menimbulkan keterampilan pada anak, khususnya motorik halus dan kasar. contohnya bermain sepeda.</p> <p>Opsi Dramatic play, tidak tepat, karena dramatic play merupakan jenis permainan berdasarkan isi permainan dimana anak memainkan peran</p>

	<p>orang lain melalui permainannya. contohnya anak berceloteh sambil berpakaian seperti spiderman.</p> <p>Opsi Onlooker play, tidak tepat karena onlooker play merupakan jenis permainan berdasarkan karakteristik sosial, dimana anak hanya melihat-lihat orang lain bermain, tanpa terlibat dalam permainan tersebut, dimulai pada usia toddler.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 117.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Sekelompok mahasiswa keperawatan sedang mengumpulkan data komunitas di suatu wilayah. Mereka melihat banyak sampah yang berserakan, warga banyak membakar sampah, rumah warga tampak kumuh, jarak kandang ternak dengan rumah yang dekat, dan air sungai dimanfaatkan warga untuk mencuci serta mandi.</p> <p>Apakah metode pengumpulan data yang dilakukan oleh mahasiswa keperawatan?</p> <p>A. Key informations</p> <p>B. Survei</p> <p>C. Archival data</p> <p>D. Partisipan observation</p> <p>E. Winshield survey</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus:</p> <p>Mahasiswa keperawatan yang sedang melakukan pengumpulan data komunitas, melihat banyak sampah yang berserakan di wilayah, warga banyak membakar sampah, rumah warga tampak kumuh, jarak kandang ternak dengan rumah yang dekat, dan air sungai dimanfaatkan warga untuk mencuci serta mandi.</p> <p>Berdasarkan kasus tersebut, maka metode pengumpulan data yang dilakukan oleh mahasiswa keperawatan menggunakan metode winshield survey. Windshield survey dilakukan dengan berjalan-jalan dilingkungan komunitas untuk menemukan gambaran tentang kondisi dan situasi yang terjadi di komunitas, lingkungan sekitar komunitas, kehidupan komunitas dan karakteristik penduduk yang ditemui di jalan saat survey dilakukan</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi key informations (tidak tepat), karena key informations adalah individu yang memiliki posisi kekuasaan atau pengaruh dalam masyarakat seperti pemimpin dalam masyarakat. Contoh: wawancara dengan tokoh masyarakat, kepala desa.</p> <p>Opsi archival data (tidak tepat), karena archival data merupakan data yang menggambarkan kesehatan masyarakat seperti data statistik vital. Data ini dapat dijadikan sebagai latar belakang informasi kesehatan komunitas dan dapat digunakan untuk menganalisa perubahan ukuran dan jumlah populasi. Contoh : laporan jumlah penduduk, jumlah angka kesakitan, angka kematian dan jumlah penyakit terbanyak.</p> <p>Opsi partisipan observation (tidak tepat), karena partisipan observation adalah suatu proses pengamatan yang dilakukan oleh observer dengan ikut mengambil bagian dalam kehidupan orang-orang yang akan</p>



	<p>diobservasi dalam jangka waktu tertentu. Observer berlaku sungguh-sungguh seperti anggota dari kelompok yang akan diobservasi. Pada metode ini observer dengan sengaja berusaha memahami pengaturan sosial dan kondisi tanpa memanipulasi mereka dengan cara apa pun seperti mengajukan pertanyaan atau intervensi.</p> <p>Opsi survei (tidak tepat), karena survey dilakukan pada sampel acak dari populasi yang ditargetkan dengan menanyakan pertanyaan tertentu. Data yang dikumpulkan akan dianalisis dengan pola tertentu. Contoh: mengumpulkan data dengan menggunakan kuisioner.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 118.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (29 tahun) post partum spontan hari ke 2. Hasil pengkajian: pasien mengeluh payudara nyeri, dan bayi tampak rewel. Payudara teraba keras, puting menonjol, dan ASI keluar bercampur darah. Pasien mengatakan cemas dengan keadaannya saat ini dan takut kalau bayinya tidak bisa ASI eksklusif.</p> <p>Apakah diagnosis keperawatan yang tepat?</p> <p>A. Gangguan Pemberian ASI</p> <p>B. Ketidakefektifan Pemberian ASI</p> <p>C. Ketidacukupan ASI</p> <p>D. Kesiapan untuk meningkatkan pemberian ASI</p> <p>E. Ketidakefektifan pola menyusui</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban Tepat :</p> <p>A “Gangguan pemberian ASI” adalah terhentinya kontinuitas penyediaan ASI pada bayi atau anak langsung dari payudara ibu, yang mungkin bisa memberikan dampak bahaya pada status nutrisi bayi atau anak. Pada data ASI ibu yang keluar bercampur darah sehingga tidak dapat diberikan kepada bayinya.</p> <p>DS : Pasien mengeluh payudaranya nyeri, keluar darah dari payudara dan bayi rewel. Pasien mengatakan cemas dengan keadaannya saat ini, ia takut kalau bayinya tidak bisa ASI eksklusif.</p> <p>DO : Payudara keras, puting menonjol, dan ASI keluar bercampur darah.</p> <p>Tinjauan opsi lain :</p> <p>Opsi B (Kurang tepat) Ketidakefektifan pemberian ASI adalah ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI. Dari data yang ada penyebab ASI tidak bisa diberikan karena ASI yang keluar bercampur dengan darah.</p> <p>Opsi C (Tidak Tepat) Ketidacukupan ASI keadaan dimana produksi Air Susu Ibu yang masih rendah. Pada kasus, data yang ada tidak menunjukkan bahwa produksi ASI rendah, tetapi ada abnormalitas pada pengeluaran asi.</p> <p>Opsi D (Tidak tepat) Kesiapan untuk meningkatkan pemberian ASI adalah Pola pemberian susu untuk bayi atau anak, langsung dari payudara, yang mungkin dapat diperkuat, pada kasus ASI yang dikeluarkan ibu bercampur darah sehingga tidak bisa diberikan ke bayinya.</p> <p>Opsi E (Tidak tepat) Ketidakefektifan pola menyusui adalah Terganggunya kemampuan bayi untuk mengisap atau respons mengisap dan menelan yang menyebabkan tidak adekuatnya nutrisi oral untuk</p>

	kebutuhan metabolisme. Pada kasus tidak data yang menggambarkan terganggunya kemampuan bayi menelan.
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 119.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Sebuah kelurahan ditemukan masalah keperawatan risiko peningkatan gangguan penyakit PPOK. Sebanyak 20% masyarakat pernah dirawat dengan PPOK, 57% masyarakat adalah perokok aktif dan memiliki kebiasaan merokok di dalam rumah. Apa tindakan promotif yang tepat pada kasus?</p> <p>A. Latihan batuk efektif</p> <p>B. Deteksi kasus PPOK</p> <p>C. Penyuluhan kesehatan tentang bahaya rokok</p> <p>D. Menyarankan masyarakat menggunakan masker</p> <p>E. Melakukan skrining sputum</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus; Sebanyak 20% masyarakat pernah dirawat dengan PPOK, 57% masyarakat adalah perokok aktif dan memiliki kebiasaan merokok di dalam rumah.</p> <p>Tindakan promotif adalah intervensi keperawatan yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas dengan tujuan agar meningkatkan kesehatan secara optimal. Maka jawaban yang tepat adalah “Penyuluhan Kesehatan tentang bahaya merokok”</p> <p>Tinjauan opsi lain</p> <p>Opsi “Deteksi kasus PPOK” (tidak tepat) karena merupakan kegiatan preventif sekunder.</p> <p>Opsi “Latihan batuk efektif” (tidak tepat) karena merupakan kegiatan preventif tersier.</p> <p>Opsi “Menyarankan masyarakat menggunakan masker” (kurang tepat) karena lingkungan komunitas tidak memiliki polusi udara seperti adanya asap pabrik atau bau menyengat.</p> <p>Opsi “Melakukan skrining sputum” (tidak tepat) karena merupakan kegiatan preventif sekunder.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 120.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Mahasiswa keperawatan komunitas melakukan pengkajian di suatu desa. Hasil pengkajian ditemukan 30% laki-laki merokok dalam rumah, 50% anak-anak tidak mencuci tangan setelah bermain, sebagian masyarakat tidak memiliki septik tank.</p> <p>Apakah topik penyuluhan kesehatan yang tepat diberikan kepada masyarakat ?</p> <p>A. Penyuluhan tentang 6 Langkah Cuci Tangan</p>

	<p>B. Penyuluhan tentang Jamban Sehat</p> <p>C. Penyuluhan tentang Bahaya Merokok</p> <p>D. Penyuluhan tentang PHBS</p> <p>E. Penyuluhan tentang Penyakit</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus :</p> <p>Hasil pengkajian ditemukan 30% laki-laki merokok dalam rumah, 50% anak-anak tidak mencuci tangan setelah bermain, sebagian masyarakat tidak memiliki septik tank. Berdasarkan kasus, sebagian masyarakat belum menerapkan program PHBS, maka pendkes yang tepat adalah penyuluhan PHBS.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <p>Opsi A, B, C dan E (Tidak Tepat) karena kegiatan ini sudah merangkul dalam PHBS.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 121.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (23 tahun) dirawat di ruang isolasi dengan Covid 19. Hasil pengkajian pasien mengatakan sesak, sakit kepala, mual, tidak nafsu makan dan tidak bisa mencium aroma parfum miliknya. Tekanan darah 120/80 mmHg, HR 90x/menit, Frekuensi napas 26x/menit</p> <p>Apakah tindakan yang tepat dilakukan untuk mengatasi gangguan penciuman yang terjadi pada pasien?</p> <p>A. Anjurkan pasien untuk mengeluarkan sputum dengan batuk efektif</p> <p>B. Rangsang penciuman dengan minyak kayu putih</p> <p>C. Ajarkan Cuci hidung menggunakan larutan NaCl 0.9%</p> <p>D. Berikan pendidikan kesehatan terkait covid-19</p> <p>E. Terapi oksigen</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Anosmia merupakan kondisi ketika seseorang mengalami pengurangan bahkan kehilangan daya penciumannya. Sel epitel pada hidung menunjukkan ekspresi reseptor angiotensin-converting enzim 2 relatif tinggi, yang diperlukan untuk masuknya SARS-CoV-2. Gangguan pada neuroepitel olfaktorius dapat menyebabkan terjadinya inflamasi yang merusak fungsi neuron reseptor penghidu. Perubahan tersebut dapat menyebabkan kehilangan penghidu sementara atau persisten</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sesak</li> <li>- sakit kepala</li> <li>- Mual</li> <li>- tidak nafsu makan</li> <li>- tidak bisa mencium aroma parfum miliknya</li> </ul>

Penatalaksanaan kasus gangguan penghidu pada pasien COVID-19 dilakukan sesuai penatalaksanaan kasus anosmia yang disebabkan infeksi virus lainnya, yaitu kombinasi penggunaan cuci hidung menggunakan larutan NaCl 0.9%, kortikosteroid intranasal, dekongestan topikal, dan preparat Zinc (Retno SW, Sinta SR, Budi S, Anna M. 2020. p. 46-50)

Cuci hidung adalah suatu metode yang sederhana dan murah dengan cara membilas rongga hidung menggunakan larutan garam. Larutan garam yang digunakan umumnya adalah larutan isotonis seperti NaCl 0,9%. Kegunaannya adalah untuk menunjang perbaikan pembersihan mukosiliar dengan melembabkan rongga hidung dan mengangkat material-material yang melekat pada membran mukosa. Cuci hidung dapat memperbaiki fungsi pelindung mukosa dengan meningkatkan kemampuan mukosa hidung untuk melawan efek agen infeksius, mediator inflamasi dan iritan. Steroid intranasal spray dapat meningkatkan fungsi penciuman dengan menghambat inflamasi di celah olfactory karena terdapat kemungkinan eosinofilia menginduksi disfungsi olfactory.

Zinc adalah unsur yang terlibat dalam aktivitas enzim, khususnya dalam proliferasi sel. Zinc telah ada dianggap penting untuk mempertahankan fungsi penciuman dan organ pengecap di mana sel-sel sensorik terus-menerus mengalami regenerasi. Zinc telah lama digunakan untuk mengobati penciuman dan disfungsi rasa. Pada pasien post viral olfactory disfunction dengan kadar serum zinc yang normal didapatkan perbaikan fungsi penghidu yang lebih cepat. Pasien-pasien dengan kadar zinc yang rendah ketika diberikan terapi zinc akan mengalami perbaikan yang lebih cepat dibandingkan tanpa terapi zinc.

Tinjauan opsi lain:

- Opsi pengeluaran sputum dengan batuk efektif tidak tepat karena tidak ada data terkait hambatan pada jalan napas akibat sputum berlebih
- Opsi pendidikan kesehatan terkait covid 19 kurang tepat karena tidak terfokus pada anosmia yang diderita pasien
- Opsi terapi oksigen tidak tepat karena tidak berkaitan dengan anosmia yang diderita pasien

<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 122.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (30 tahun) dirawat di rs dengan infeksi oportunistik. Pasien sedang mendapatkan mendapatkan tranfusi PRC 250 cc. Setelah 10 menit pemberian tranfusi, pasien mengeluh terasa gatal dan timbul kemerahan pada kulit.</p> <p>Apakah tindakan yang tepat dilakukan perawat selanjutnya ?</p> <p>A.Memberikan therapi deksametasone intavena</p> <p>B.Menghentikan tranfusi</p> <p>C.Melaporkan kejadian ke Katim</p> <p>D.Mengalirkan IVFD NaCl</p> <p>E.Melaporka kejadian ke Dokter penanggung jawab</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Reaksi transfusi adalah reaksi yang terjadi ketika seorang pasien menjadi resipien darah. Reaksi Alergi Ringan: Sensitivitas terhadap protein</p>

	plasma yang diinfuskan Tanda dan Gejala: kemerahan, urtikaria dengan atau tanpa rasa gatal. Penatalaksanaan: - <b>Hentikan transfusi segera (Opsional jawaban B)</b> - Pertahankan aliran vena dengan normal saline - Beritahu dokter - Berikan obat-obatan sesuai order (antihistamin, steroid IV untuk menetralkan sebagian respons alergi)
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 123.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (27 tahun) G1P0H0A0 usia kehamilan 38 minggu datang ke RS dengan keluhan perut mulas dan terasa tidak enak seperti kram. Hasil pengkajian : TFU 36 cm, puka, DJJ (+) 152x/menit, terdapat haluaran lendir darah pervaginam, penurunan kepala 3/3 dan kandung kemih terasa penuh.</p> <p>Apakah intervensi keperawatan yang tepat dilakukan ?</p> <p>A. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi ketidaknyamanan pada perut</p> <p>B. Mengajarkan ibu untuk memilih posisi tidur yang nyaman</p> <p>C. Mengajarkan ibu posisi bersalin</p> <p>D. Mengajarkan ibu untuk BAK ke kamar mandi</p> <p>E. Memberikan terapi infus NaCl untuk mencegah defisit volume cairan</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Berdasarkan kasus, sudah terdapat tanda-tanda akan bersalin pada ibu, diantaranya: usia kehamilan matur (38 minggu), lendir darah (+), penurunan kepala janin serta perut terasa mulas.</p> <p>Setelah memperhatikan hasil pengkajian fisik, maka terdapat salah satu kebutuhan dasar manusia yang belum terpenuhi : Kandung kemih penuh. Maka intervensi yang harus dilakukan pertama kali adalah meminta ibu untuk BAK. Pengosongan kandung kemih merupakan salah satu prosedur pada ibu inpartu sebelum memasuki masa persalinan.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 124.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (26 tahun) G1P0A0 hamil 28-29 minggu datang ke poliklinik KIA untuk memeriksakan kehamilan. Hasil pengkajian pasien mengeluhkan sering lelah dan nyeri punggung. Perawat sedang melakukan palpasi abdomen</p> <p>Berapakah tinggi fundus uteri pasien pada kasus tersebut?</p> <p>A. Setinggi umbilikus</p> <p>B. setinggi prosesus xipoides</p> <p>C. 1/2 umbilikus dan prosesus xipoides</p> <p>D. 1/3 diatas umbilikus</p>

	E. 2 jari dibawah prosessus xipoideus
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- usia kehamilan pasien 28-29 minggu</li> </ul> <p>Perkiraan tinggi fundus uteri dilakukan dengan palpasi fundus dan membandingkan dengan patokannya</p> <p>Umur Kehamilan Tinggi Fundus</p> <p>12 minggu 1/3 di atas simpisis</p> <p>16 minggu 1/2 simpisis - umbilikus</p> <p>20 minggu 2/3 di atas simpisis</p> <p>24 minggu setinggi umbilikus</p> <p>28 minggu 1/3 di atas umbilikus</p> <p>34 minggu 1/2 umbilikus-PX</p> <p>36 minggu setinggi PX</p> <p>40 minggu 2 jari dibawah PX</p> <p>Maka, TFU pada kasus yaitu 1/3 di atas umbilikus (Opsi B)</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi A tidak tepat, karena TFU setinggi umbilikus pada usia kehamilan 24 minggu</li> <li>- Opsi C tidak tepat, karena TFU setinggi 1/2 umbilikus-PX pada usia kehamilan 34 minggu</li> <li>Opsi D tidak tepat, karena TFU setinggi PX pada usia kehamilan 36 minggu</li> <li>Opsi E tidak tepat, karena TFU setinggi 2 jari dibawah PX pada usia kehamilan 40 minggu</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 125.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (35 tahun) dirawat di RS dengan keluhan sesak napas saat setelah menyapu rumah. Hasil pengkajian: pasien mengeluh sesak dengan frekuensi 28x/menit, pusing, terdengar suara menciut dan mengi saat pasien inspirasi dan ekspirasi.</p> <p>Apakah jenis suara tambahan pada pernapasan pasien?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Ronkhi</li> <li>B. Wheezing</li> <li>C. Pleural friction rub</li> </ul>

	<p>D. Crackles</p> <p>E. Gurgling</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus masalah: pasien mengeluh sesak dengan frekuensi 28x/menit, pusing, terdengar suara menciut saat pasien inspiasi dan ekspirasi. Bunyi napas tambahan yang terdapat pada kasus adalah wheezing, yang merupakan ciri khas dari pasien asma. Bunyi napas tambahan ini timbul akibat adanya penyempitan pada bronkus karena reaksi infeksi.</p> <p>Tinjauan opsi lainnya</p> <p>Opsi Rhonki (tidak tepat), Adalah suara tambahan yang dihasilkan oleh aliran udara melalui saluran napas yang berisi sekret/ eksudat atau akibat saluran napas yang menyempit atau oleh oedema saluran napas</p> <p>Opsi Crackles (tidak tepat), adalah bunyi yang berlainan, non kontinu akibat penundaan pembukaan kembali jalan napas yang menutup. Terdengar selama : inspirasi.</p> <p>Opsi Pleural friction rub (tidak tepat), Adalah bunyi gesekan antara pleura parietal dengan pleura viseral akibat adanya inflamasi pada pleura, terdengar pada fase ekspirasi dan inspirasi.</p> <p>Opsi Gurgling (tidak tepat), adalah suara suara seperti berkumur, kondisi ini terjadi karena ada kebuntuan yang disebabkan oleh cairan (darah).</p>
<b>Materi</b>	<p>D3 Keperawatan</p>
<p align="center"><b>Nomor 126.</b></p> <p align="center">Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</p>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (40 tahun) datang ke puskesmas untuk melakukan test tuberkulin. Klien mengatakan tinggal serumah dengan penderita TB. Perawat akan melakukan test mantoux dan saat ini perawat telah memasang handscoon.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tepat dilakukan?</p> <p>A. Desinfeksi area penusukan</p> <p>B. Melakukan insersi jarum dengan sudut 15 derajat</p> <p>C. Memilih lokasi insersi</p> <p>D. Merenggangkan lokasi penyuntikan</p> <p>E. Mengatur posisi klien</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban tepat: Desinfeksi area penusukan</p> <p>Prosedur Tindakan Injeksi Intradermal/Intrakutan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa instruksi dokter dan identifikasi pasien</li> <li>2. Jelaskan prosedurnya kepada pasien, tujuan pengobatan, lokasi penyuntikan, hasil yang diharapkan dan apa yang harus dilakukan pasien.</li> <li>3. Siapkan obat dari ampul/vial</li> </ol>

	<p>4. Cuci tangan.</p> <p>5. Kumpulkan peralatan di tepi ranjang pasien</p> <p>6. Posisikan pasien dan cari lokasi penyuntikan intradermal (bagian dalam lengan bawah, dada atas atau punggung atas di bawah skapula)</p> <p>7. Pasang handscoon, bersihkan area tersebut dengan swab alkohol dengan gerakan melingkar yang semakin mengarah ke luar. Biarkan kulit mengering. Letakkan kapas dinampai bersih untuk digunakan kembali untuk menarik keluar jarum.</p> <p>8. Buka penutup jarum dengan tangan yang tidak dominan dengan menariknya secara cepat.</p> <p>9. Gunakan tangan yang tidak dominan untuk meregangkan pada lokasi penyuntikan</p> <p>10. Posisikan jarum hampir sejajar dengan kulit pasien (15 derajat) dan tusukkan jarum kedalam kulit sehingga ujung jarum dapat dilihat lewat kulit. Masukkan jarum hanya sekitar 3mm.</p> <p>11. Suntikkan obat secara perlahan (0,01 – 0,1 mL). Amati timbulnya lepuh/blister. Jika tidak timbul, tarik jarum sedikit dan suntikkan obatnya.</p> <p>12. Tarik jarum dengan cepat dalam sudut yang sama dengan ketika jarum ditusukkan</p> <p>13. Jangan memijat area tersebut.</p> <p>14. Jangan tutup jarum kembali. Buang spuit dan jarum pada tempat yang seharusnya.</p> <p>15. Bantu pasien kembali ke posisi nyaman</p> <p>16. Lepas sarung tangan dan cuci tangan</p> <p>17. Catat pemberian obat – nama obat yang diberikan, jumlah, dosis, lokasi, dan respons pasien</p> <p>18. Gambar sebuah lingkaran mengelilingi lokasi penyuntikan menggunakan pena biru hitam. Catat tanggal dan waktu penyuntikan obat dan nama obat pada sehelai plester dan tempelkan didekat lokasi penyuntikan. Periksa reaksinya dalam waktu yang telah ditentukan.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 127.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (52 tahun) berkunjung ke poli dengan riwayat PPOK. Hasil pengkajian: klien mengatakan merasa frustrasi karena tidak bisa beraktivitas seperti biasa akibat sesak napas yang dirasakannya. Klien mengatakan masih melakukan pengobatan atas saran istrinya.</p> <p>Apakah masalah keperawatan yang tepat?</p> <p>A. Keputusanasaan</p> <p>B. Ketidakberdayaan</p> <p>C. Koping defensif</p> <p>D. Koping individu tidak efektif</p>



	E.Harga diri rendah
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban yang tepat adalah: C Ketidakberdayaan.</p> <p>DO : klien mengatakan merasa frustrasi karena tidak bisa beraktivitas seperti biasanya karena sesak napas yang dirasakannya. klien mengatakan masih melakukan pengobatan atas saran istrinya.</p> <p>Data data ini menunjukkan bahwa klien telah mengalami masalah ketidakberdayaan.</p> <p>Ketidakberdayaan adalah ketidakberdayaan adalah persepsi bahwa tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil secara signifikan, persepsi kurang kontrol pada situasi saat ini atau yang akan datang (SDKI, 2016).</p> <p>Tanda dan gejala mayor ketidakberdayaan adalah menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya dan bergantung kepada orang lain.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi "keputusan" (Tidak Tepat), karena keputusan merupakan kondisi dimana individu memandang adanya keterbatasan atau tidak tersedianya alternatif pemecahan masalah yang di hadapi, misalnya pada kasus klien yang menderita PPOK, klien merasa frustrasi, menunjukkan karakteristik keputusan dan tidak lagi terlibat dalam aktivitas perawatan.</p> <p>Opsi "koping tidak efektif" (Tidak Tepat), karena pada kasus klien telah menunjukkan salah satu tanda dan gejala dari ketidakberdayaan</p> <p>Opsi "koping defensif" (tidak tepat) karena tidak ditemukan adanya tanda dan gejala koping defensif, misalnya: menyalahkan orang lain, menyangkal adanya masalah, dll.</p> <p>Opsi "harga diri rendah"(tidak tepat) karena pada kasus tidak ditemukan adanya tanda dan gejala harga diri rendah, misalnya merasa malu, tidak berharga, dll.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 128.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Karena banyaknya remaja yang terjerat narkoba, pihak sekolah meminta perawat puskesmas untuk mencari tempat rehabilitasi. Perawat kemudian merekomendasikan tempat rehabilitasi hanya untuk mereka yang berasal dari keluarga berada karena membutuhkan biaya yang tidak sedikit</p> <p>Apakah prinsip etik yang telah dilanggar perawat</p> <p>A. autonomy</p> <p>B. justice</p> <p>C. confidentiality</p> <p>D. non maleficence</p> <p>E. veracity</p>

<p><b>Pembahasan</b></p>	<p>Pembahasan :</p> <p>Prinsip etik merupakan penuntun profesi untuk melakukan tindakan yang baik atau tepat sesuai dengan norma yang berlaku. Beberapa prinsip etik yang sering muncul dalam soal yakni (AIPNI, 2019; Polit &amp; Beck, 2014):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Beneficence: memberikan kebermanfaatan</li> <li>b. Non-maleficence: meminimalkan bahaya dengan melaksanakan intervensi sesuai SOP</li> <li>c. Akuntabilitas: melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan profesionalisme keperawatan</li> <li>d. Justice: berlaku adil kepada siapapun</li> <li>e. Autonomy: selalu mengembalikan keputusan terhadap intervensi/pengobatan kepada klien/keluarga dan menerapkan informed consent</li> <li>f. Veracity: mengungkapkan secara jujur dan tidak merekayasa kondisi klien</li> <li>g. Fidelity: setia, menepati janji, menjaga kepercayaan klien dengan dirinya sebagai perawat/tenaga kesehatan</li> <li>h. Confidentiality: menjaga kerahasiaan data dan kondisi klien yang tertera di rekam medis dari orang lain yang tidak berkepentingan, kecuali diminta di pengadilan (berkaitan dengan hukum)</li> </ul> <p>Data Fokus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perawat diminta untuk mencari tempat rehabilitas bagi remaja yang kecanduan narkoba, namun ia hanya merekomendasikannya untuk mereka yang berasal dari keluarga berada -&gt; perawat membedakan perlakuan berdasarkan status ekonomi keluarga -&gt; melanggar justice</li> </ul> <p>Jawaban yang tepat :</p> <p>B. justice</p> <p>Justice merupakan prinsip yang menekankan pada pemberian pelayanan yang setara kepada seluruh klien tanpa membedakan status sosial, ekonomi, jenis kelamin, ras, agama, ataupun faktor lainnya. Pada kasus, perawat memberikan pelayanan yang lebih baik kepada anak dengan keluarga berada dibandingkan anak dari keluarga kurang mampu, sehingga melanggar prinsip justice</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi A kurang tepat karena tidak ada isu autonomy pada kasus</li> <li>- Opsi C tidak tepat karena tidak ada isu confidentiality pada kasus</li> <li>- Opsi D tidak tepat karena pada kasus, tidak tampak isu non maleficence</li> <li>- Opsi E tidak tepat karena tidak ada isu veracity pada kasus</li> </ul>
<p><b>Materi</b></p>	<p>D3 Keperawatan</p>
<p><b>Nomor 129.</b></p>	

<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (18 tahun) dirawat di RS dengan keluhan batuk-batuk, badan lemas, pucat dan tidak selera makan. Pasien didiagnosis mengalami TB paru dan anemia. Berdasarkan pengkajian klien mengatakan bahwa penyakitnya ini menular, tidak akan ada yang mau dekat dengannya lagi. Pasien terlihat tidak bergairah, lesu, dan menolak interaksi dengan yang datang menjenguk.</p> <p>Berdasarkan kasus, apakah diagnosis keperawatan yang tepat?</p> <p>A. Isolasi sosial</p> <p>B. Harga diri rendah kronik</p> <p>C. Gangguan citra tubuh</p> <p>D. Harga diri rendah situasional</p> <p>E. Ketidakberdayaan</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus pada kasus:</p> <p>Klien mengatakan bahwa penyakitnya ini menular, tidak akan ada yang mau dekat dengannya lagi. Pasien terlihat tidak bergairah, lesu, dan menolak interaksi dengan yang datang menjenguk.</p> <p>Diagnosis keperawatan pada kasus adalah Harga diri rendah situasional.</p> <p>Harga diri rendah situasional adalah evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri sebagai respon terhadap situasi saat ini (SDKI, 2016).</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi Harga diri rendah kronis (tidak tepat), karena evaluasi negatif pada diri klien karena situasi saat ini bukan berlangsung terus-menerus</p> <p>Opsi Gangguan citra tubuh (tidak tepat), karena tidak ada data penguat diangkatnya diagnosis gangguan citra tubuh.</p> <p>Opsi Isolasi sosial (tidak tepat), karena tidak ada data penguat untuk diangkatnya diagnosis isolasi sosial.</p> <p>Opsi Ketidakberdayaan (tidak tepat), karena tidak ada data penguat untuk diangkatnya diagnosis ketidakberdayaan.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 130.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (33 tahun) datang ke IGD dengan cedera kepala akibat kecelakaan lalu lintas. Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 9, terdapat luka multiple pada wajah hingga bagian dada pasien, saat tiba di IGD pasien tiba-tiba muntah menyembur dan mengenai perawat. Perawat memeriksa tanda lainnya terkait peningkatan TIK.</p> <p>Apakah yang harus dilakukan perawat ?</p> <p>A. Memeriksa perubahan status mental dengan GCS</p> <p>B. Memeriksa adanya krepitasi</p> <p>C. Memeriksa adanya papil edema</p>

	<p>D. Melakukan pemeriksaan EKG</p> <p>E. Melakukan intubasi</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Peningkatan Tekanan intra kranial (TIK) merupakan suatu kondisi dimana terjadi peningkatan nilai tekanan intracranial melebihi 20 mmHg dan sudah menetap selama 20 menit.</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien cidera kepala dengan GCS 9</li> <li>- Terdapat luka multiple</li> <li>- Pasien mengalami muntah proyektil (salah satu gejala peningkatan TIK)</li> </ul> <p>Tanda dan gejala dari peningkatan TIK:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri kepala</li> <li>- Muntah proyektil</li> <li>- Kejang</li> <li>- Perubahan status mental dan penurunan kesadaran</li> <li>- Papil edema</li> <li>- Bradikardi</li> <li>- Peningkatan progresif tekanan darah</li> <li>- Perubahan tipe pernapasan</li> <li>- Gangguan endokrin</li> </ul> <p>Berdasarkan data pada kasus tindakan yang tepat dilakukan oleh perawat adalah memeriksa adanya papil edema.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa perubahan status mental dengan GCS kurang tepat karena GCS sudah diketahui</li> <li>- Memeriksa adanya krepitasi kurang tepat karena krepitasi merupakan tanda fraktur tulang</li> <li>- Pemeriksaan EKG kurang tepat karena EKG bertujuan untuk menegakkan diagnose gangguan kardiovaskuler</li> <li>- Melakukan intubasi kurang tepat karena intubasi merupakan tindakan untuk membebaskan jalan napas</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 131.</b>	

<b>Soal</b>	<p>Seorang anak (1 tahun) dibawa ke klinik tumbuh kembang untuk pemeriksaan DDST. Pada saat pemeriksaan, pemeriksa meminta anak melempar bola dengan tangan ke atas.</p> <p>Apakah sektor pemeriksaan yang sedang diperiksa?</p> <p>A. Motorik kasar</p> <p>B. Personal sosial</p> <p>C. Motorik halus</p> <p>D. Bahasa</p> <p>E. Kognitif</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus :</p> <p>Pada kasus, anak diminta untuk melempar bola dengan tangan ke atas.</p> <p>Maka, sektor pemeriksaan yang sedang diperiksa yaitu Motorik kasar.</p> <p>Motorik kasar merupakan tugas perkembangan anak yang meliputi kemampuan anak untuk menggunakan dan menggerakkan otot-otot besar</p> <p>Dalam metode Denver II, indikator yang diperiksa ada 4, diantaranya : personal sosial, motorik halus, bahasa dan motorik kasar.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain:</p> <p>Opsi “Personal sosial” (tidak tepat), karena tugas perkembangan yang meliputi kemampuan anak menyesuaikan diri di masyarakat (bersosialisasi) dan kemampuan anak untuk memenuhi kebutuhan pribadinya secara mandiri. contoh : makan sendiri, menyebutkan nama teman.</p> <p>Opsi “Motorik halus” (tidak tepat), karena pemeriksaan motorik halus hanya menguji koordinasi mata-tangan, memainkan dan menggunakan benda-benda kecil. Contoh : mengambil manik-manik</p> <p>Opsi “Bahasa” (tidak tepat), karena indikator pemeriksaan bahasa menguji kemampuan anak dalam mendengar, mengerti, dan menggunakan bahasa. contoh : menyebutkan 2 kata</p> <p>Opsi “Kognitif” (tidak tepat), karena tidak termasuk indikator yang dinilai pada pemeriksaan Denver II.</p>
<b>Materi</b>	<p>D3 Keperawatan</p>
<b>Nomor 132.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (13 tahun) sedang dipersiapkan untuk tiroidektomi parsial. Ia terus menanyakan apakah sakit, nanti masih bisa berbicara atau tidak, dan bekas lukanya hilang atau tidak. Walaupun ditemani oleh ibunya di ruang preoperasi, ia tetap tampak gelisah dan tegang. HR 105x/menit, RR 25x/menit, suhu 36,7 C.</p> <p>Apa masalah keperawatan utama pada kasus?</p> <p>A. ansietas</p>

	<p>B. harga diri rendah situasional</p> <p>C. risiko infeksi</p> <p>D. defisit pengetahuan</p> <p>E. gangguan citra tubuh</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>Hipertiroidisme merupakan salah satu masalah kesehatan yang jarang terjadi pada anak, namun biasanya terjadi karena penyakit Grave. Hipertiroidisme merupakan suatu kondisi yang terjadi ketika thyroid stimulating immunoglobulin berikatan dengan reseptor TSH dan menstimulasi membran sel tiroid untuk mensintesis dan mensekresi hormon tiroid secara berlebihan. Manifestasi klinis yang dirasakan yakni emosi yang labil, sulitnya menaikkan BB, kognitif dan produktivitas menurun, terganggunya tumbuh kembang, ansietas, goiter (pembesaran kelenjar tiroid). Penatalaksanaan yang dilakukan yakni terapi obat antitiroid, pembedahan (tiroidektomi), pengobatan iodin (Leger &amp; Carel, 2013).</p> <p>Data Fokus :</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak dipersiapkan untuk tiroidektomi parsial -&gt; salah satu manifestasi klinis dari hipertiroidisme yakni ansietas dan emosi yang labil</li> <li>- Anak tampak gelisah dan tegang -&gt; ansietas</li> <li>- HR 105x/menit -&gt; takikardia</li> <li>- RR 25x/menit -&gt; takipnea</li> <li>- Anak tampak menanyakan hal yang sama berulang kali -&gt; ansietas</li> </ul> <p>Masalah keperawatan: Ansietas</p> <p>Jawaban yang tepat :</p> <p>A. ansietas</p> <p>Ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Beberapa data mayor ansietas pada kasus yakni tampak gelisah, tampak tegang, dan khawatir dengan kondisi yang dihadapi. Data minornya yakni takipnea, takikardia.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opsi E tidak tepat karena tidak ada data terkait gangguan citra tubuh</li> <li>2. Opsi B tidak tepat karena tidak ada data terkait harga diri rendah situasional</li> <li>3. Opsi C tidak tepat karena pada kasus terdapat masalah keperawatan yang lebih aktual untuk diatasi</li> <li>4. Opsi D tidak tepat karena anak selalu bertanya hal yang sama berulang kali lebih menandakan bahwa anak sedang cemas, daripada defisit pengetahuan</li> </ol>

<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 133.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang anak ( 3 tahun) dirawat dengan pneumonia. Hasil pengkajian: tampak adanya penggunaan otot bantu napas dan napas cuping hidung, frekuensi napas 60x menit, dan saturasi oksigen 83%</p> <p>Apakah tindakan utama yang tepat dilakukan pada kasus?</p> <p>A. Melakukan pemeriksaan AGD</p> <p>B. Mengatur pasien pada posisi high fowler</p> <p>C. Memberikan bantuan terapi oksigen</p> <p>D. Memonitor pola napas pasien</p> <p>E. Melakukan pemasangan OPA</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban tepat: C. Memberikan bantuan terapi oksigen</p> <p>Masalah pada kasus : Pola napas tidak efektif. Adanya kekurangan oksigen pada pasien ditandai dengan keadaan hipoksia. Keadaan ini pada proses lanjut dapat mengakibatkan kematian jaringan dan mengancam kehidupan pasien. Dalam kasus ini, perawat sudah mendapati data kondisi hipoksemia pada pasien, sehingga perawat harus segera mengatasi masalah tersebut.</p> <p>Pemberian terapi oksigen harus segera diberikan dengan indikasi: pasien dengan peningkatan usaha bernapas dimana hal tersebut merupakan respons tubuh terhadap kondisi hipoksemia melalui peningkatan laju dan dalamnya pernapasan, adanya retraksi dinding dada, dan menurunnya saturasi oksigen perifer</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 134.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (30 tahun) melakukan pemeriksaan antenatal ke puskesmas pada tanggal 28 Desember 2021. Hasil pengkajian: HPHT klien diketahui pada tanggal 7 September 2021.</p> <p>Berapakah usia kehamilan klien pada kasus diatas?</p> <p>A. 3 bulan 21 hari</p> <p>B. 4 bulan</p> <p>C. 3 bulan 2 minggu</p> <p>D. 3 bulan</p> <p>E. 4 bulan 21 hari</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Pembahasan</p> <p>Data fokus:</p>

• Pemeriksaan pada tanggal 28 Desember 2021

• HPHT pada tanggal 7 September 2021

Rumus untuk menentukan usia kehamilan yaitu tanggal pemeriksaan – HPHT

Jika didapatkan hasil :

• >3 bulan = usia kehamilan + 1 minggu

• >6 bulan = usia kehamilan + 2 minggu

• 9 bulan = usia kehamilan + 3 minggu

Usia kehamilan:

28 (hari) 12 (bulan) 2021 (tahun) - 7 (hari) 9 (bulan) 2021 (tahun) = 21 (hari) 3 (bulan)

Jadikan ke minggu

3 bulan = 12 minggu

21 hari = 3 minggu

Usia kehamilan = 12 minggu + 3 minggu = 15 minggu

Karena besar dari 3 bulan maka usia kehamilan + 1 minggu

Yaitu 15 minggu + 1 minggu = 16 minggu (4 bulan)

Tinjauan opsi lain:

Opsi 3 bulan 21 hari, 3 bulan 3 hari, 3 bulan 2 minggu, 4 bulan 21 hari (tidak tepat), karena tidak sesuai hasilnya dengan rumus usia kehamilan.

#### Materi

D3 Keperawatan

#### Nomor 135.

#### Soal

Seorang perempuan ( 50 tahun) dirawat di RS dengan CHF. Hasil pengkajian: pasien mengeluh sesak, mual, bengkak pada kaki dan tangan. Tekanan darah 160 / 70mmHg, frekuensi nadi 80x/ enit, pitting edema +3 dan JVP meningkat.

Berikut tindakan keperawatan yang tepat dilakukan, kecuali?

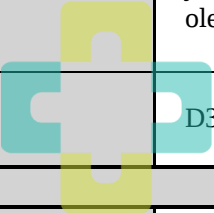
- A. Monitor status hemodinamik
- B. Meminta pasien untuk tidak beraktivitas
- C. Monitor output cairan
- D. Menimbang berat badan setiap hari
- E. Membatasi jumlah intake cairan

#### Pembahasan

Pembahasan

Data fokus: pasien mengeluh pusing, mual, bengkak pada kaki dan tangan. Tekanan darah 160 / 70 mmHg, frekuensi nadi 80 kali/menit. Pitting edema +3 , JVP meningkat. Pasien mendapatkan terapi diuretik rutin.



	<p>Masalah keperawatan yang tepat pada kasus adalah hipervolemia/kelebihan volume cairan, yang didefinisikan sebagai peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular. Intervensi yang tepat dilakukan pada kasus adalah manajemen hipervolemia. (NIC, 2015)</p> <p>Tinjauan opsi:</p> <p>Opsi Monitor status hemodinamik (tindakan benar), pada pasien gagal jantung sangat penting dilakukan monitoring status hemodinamik, karena adanya ketidakmampuan pompa jantung memenuhi kebutuhan tubuh dapat menimbulkan perubahan pada status hemodinamik; tekanan darah dan nadi.</p> <p>Opsi Monitor output cairan (tindakan benar), edema pada pasien gagal jantung akan memperberat kerja jantung, sehingga perlu dilakukan monitoring output/keluaran cairan tubuh, ini untuk menghitung keseimbangan cairan pasien.</p> <p>Opsi Menimbang berat badan setiap hari (jawaban benar), ini dilakukan untuk menilai keberhasilan program terapi dalam proses mengurangi retensi cairan.</p> <p>Opsi Membatasi jumlah intake cairan (jawaban benar), intake cairan yang berlebih akan memperberat kerja jantung pada pasien gagal jantung, sehingga perlu dilakukan pembatasan intake cairan sesuai output yang dihitung melalui balance cairan.</p> <p>Opsi Meminta pasien untuk tidak beraktivitas (jawaban tidak benar), karena tidak ada larangan untuk melakukan aktivitas pada pasien gagal jantung, hanya saja perlu diperhatikan aktivitas yang dapat ditoleransi oleh tubuh pasien.</p>
<b>Materi</b>	 <p>D3 Keperawatan</p> <p><b>JadiNAKES</b></p>
<p align="center"><b>Nomor 136.</b></p> <p align="center">Bimbingan dan Pelaporan Tenaga Kesehatan</p>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (46 tahun) dibawa ke RS dengan cedera kepala akibat kecelakaan. Hasil pengkajian: didapatkan luka multiple, penurunan kesadaran dengan GCS 10, frekuensi nadi 68x/menit dan teraba lemah. Tekanan darah 150/90 mmHg respon pupil lambat. Perawat melakukan monitoring tekanan intrakranial.</p> <p>Apakah kriteria hasil yang diharapkan dari tindakan yang dilakukan?</p> <p>A. Frekuensi nadi menurun</p> <p>B. Tidak terjadi infeksi</p> <p>C. Status neurologis meningkat</p> <p>D. Pola napas membaik</p> <p>E. Peningkatan perfusi perifer</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Cedera kepala adalah (trauma capitis) adalah cedera mekanik yang secara langsung maupun tidak langsung mengenai kepala yang mengakibatkan luka di kulit kepala, fraktur tulang tengkorak, robekan selaput otak dan kerusakan jaringan otak itu sendiri, serta mengakibatkan gangguan neurologis</p> <p>Data fokus:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dengan cidera kepala</li> <li>- Klien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 10</li> <li>- frekuensi nadi 68x/menit dan teraba lemah</li> <li>- TD 150/90 mmHg respon pupil lambat.</li> <li>- Gambaran EKG ventricular takikardi</li> <li>- Perawat melakukan monitoring tekanan intrakranial</li> </ul> <p>Berdasarkan data diatas maka diagnosa yang tepat adalah Penurunan kapasitas adaptif intrakranial. Berdasarkan SLKI (2017) kriteria hasil yang diharapkan pada diagnosa tersebut adalah peningkatan status neurologis, tingkat kesadaran meningkat, Tekanan darah dan nadi membaik, respon pupil mebaik</p> <p>Perawat melakukan monitoring tekanan intracranial, dimana peningkatan intracranial pada kasus ditandai dengan penurunan kesadaran, bradikardi dan peningkatan tekanan darah , maka kriteria hasil yang diharapkan adalah peningkatan status neurologis</p> <p>Tinjauan opsi lainnya :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi frekuensi nadi menurun kurang tepat karena bukan merupakan kriteria hasil dari intervensi yang diberikan</li> <li>- Opsi pola napas membaik tidak tepat karena intervensi bertujuan untuk meningkatkan status neurologis</li> <li>- Opsi tidak terjadi infeksi tidak tepat karena bukan merupakan kriteria hasil dari intervensi</li> <li>- Opsi Peningkatan perfusi perifer tidak tepat karena bukan merupakan kriteria hasil dari intervensi</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 137.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (59 tahun) dirawat di RS dengan Stroke Haemorrhagic. Hasil pengkajian: pasien mengalami afasia dan paralisis ekstremitas bawah semenjak serangan stroke. Kekuatan otot ekstremitas bawah bernilai 1. Pasien mengeluh nyeri dan sulit untuk menggerakkan kakinya. TD 150/100 mmHg. HR 98x/menit.</p> <p>Apakah tindakan yang tepat dilakukan oleh perawat?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Melakukan ROM pasif</li> <li>B. Melakukan ROM aktif</li> <li>C. Melakukan massage</li> <li>D. Kolaborasi pemberian mannitol</li> <li>E. Mengatur posisi pasien</li> </ul>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Afasia dan paralisis yang terjadi pada pasien adalah manifestasi klinis dari stroke haemorrhagic. Afasia adalah gangguan komunikasi yang disebabkan oleh kerusakan pada bagian otak yang mengandung bahasa</p>

	<p>(biasanya di hemisfer serebri kiri otak, yaitu otak yang lebih dominant). Paralisis adalah kondisi lumpuh karena gangguan pada saraf yang berperan dalam mengatur gerakan otot tubuh.</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dengan stroke haemorrhagic</li> <li>- pasien mengalami afasia dan paralisis pada ekstremitas bawah</li> <li>- Kekuatan otot ekstremitas bawah pasien bernilai 1</li> <li>- Pasien mengeluh nyeri dan sulit untuk menggerakkan kakinya</li> </ul> <p>Berdasarkan data diatas masalah keperawatan yang terjadi pada klien adalah gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau dua lebih ekstremitas secara mandiri ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun dan ROM menurun (SDKI,2017)</p> <p>Tindakan keperawatan yang tepat untuk masalah diatas adalah melatih ROM pasif pada pasien. ROM pasif adalah suatu teknik dasar yang digunakan untuk menilai gerakan dan untuk gerakan awal ke dalam suatu program intervensi terapeutik dimana perawat membantu penuh Latihan ROM yang akan dilakukan.</p> <p>Gerakan yang dapat dilakukan sepenuhnya dinamakan range of motion (ROM) . Untuk mempertahankan ROM normal, setiap ruas harus digerakkan pada ruang gerak yang dimilikinya secara periodik. Dari sudut terapi, aktivitas ROM diberikan untuk mempertahankan mobilitas persendian dan jaringan lunak untuk meminimalkan kehilangan kelenturan jaringan dan pembentukan kontraktur.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi melakukan massage tidak tepat karena massage dilakukan untuk mengatasi ketidaknyamanan pasien</li> <li>- Opsi ROM aktif tidak tepat karena ROM aktif dilakukan pada pasien yang bisa menggerakkan sendiri ototnya</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 138.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki ( 30 tahun) dirawat di RS dengan keluhan: nyeri perut kiri atas menjalar ke ulu hati skala nyeri 8. Keluhan ini dirasakan sejak pasien telat makan selama 4 hari sebelumnya karena sibuk bekerja. Pasien memiliki riwayat gastritis sejak 2 tahun lalu, dan tidak pernah kontrol.</p> <p>Apakah faktor presipitasi dari masalah pada kasus tersebut?</p> <p>A. Pasien memiliki riwayat gastritis</p> <p>B. Pasien sibuk bekerja</p> <p>C. Tidak pernah kontrol masalah gastritis</p> <p>D. Pasien tidak patuh pada pengobatan</p> <p>E. Pasien telat makan selama 4 hari</p>
<b>Pembahasan</b>	Pembahasan

	<p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nyeri perut kiri atas menjalar ke ulu hati skala nyeri 8 .</li> <li>- Keluhan ini dirasakan sejak pasien telat makan selama 4 hari sebelumnya karena sibuk bekerja.</li> <li>- Pasien memiliki riwayat gastritis sejak 2 tahun lalu, dan tidak pernah control.</li> </ul> <p>Masalah keperawatan yang tepat pada kasus adalah nyeri akut. Berdasarkan kasus di atas faktor presipitasi terjadinya masalah keperawatan nyeri adalah karena pasien telat makan selama 4 hari. Factor presipitasi adalah factor pencetus atau yang memunculkan atau yang memprovokasi terjadinya kelainan, penyakit, gejala atau episode.</p> <p>Pada kasus dijelaskan bahwa pasien telat makan selama 4 hari sebelumnya, ini menjadi fator pencetus bagi pasien gastritis. Pola makan yang tidak baik akan menyebabkan gangguan pakda system kerja lambung. Lambung merupakan organ yang berfungsi mencerna makanan dengan menggunakan produksi asam lambung. Pada saat lambung kosong dalam waktu yang lama akan menyebabkan produksi asam lambung yang berlebihan karena tidak ada bahan makanan yang akan dicerna. Asam lambung yang berlebihan ini akan mengiritasi dan mengikis selaput lendir lambung dan dapat menyebabkan lambung hingga luka.</p> <p>Tinjauan opsi lainnya:</p> <p>Opsi Pasien memiliki riwayat gastritis (tidak tepat), karena ini bukan merupakan pencetus terjadinya masalah actual pada pasien. Pasien dengan riwayat gastritis tidak akan selalu mengalami keluhan nyeri ulu hati yang menetap, sensasi nyeri ulu hati yang dirasakan saat produksi asam lambung yang meningkat, dengan kondisi lambung yang kosong, sehingga asam lambung akan mengiritasi lambung.</p> <p>Opsi Pasien sibuk bekerja (tidak tepat), karena kesibukan bekerja bukan alasan utama kambuhnya gejala riwayat gastritis pasien, jika pasien dengan riwayat gastritis yang sibuk bekerja tetap memenuhi pola diit dengan benar, maka kemungkinan kambuhnya gejala gastritis sangat kecil.</p> <p>Opsi Tidak pernah kontrol masalah gastritis dan Opsi Pasien tidak patuh pada pengobatan (tidak tepat), karena pada dasarnya gastritis adalah suatu kondisi yang sangat umum, gejala ini bisa dikurangi bahkan dihilangkan dengan mencegah faktoer pemicu nya. Sehingga bisa dikatakan bahwa gastritis tidak membutuhkan pengobatan dan control ulang yang rutin.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 139.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang anak ( 3 tahun) dibawa ke puskesmas dengan keluhan demam sejak 5 hari yang lalu. Pada saat pemeriksaan, tampak ruam merah yang menyeluruh di kulit anak. Mata tampak merah, mukosa mulut lembab, dan kulit teraba hangat. Suhu 38,9 C, Nadi 122x/menit dan pernapasan 24 x /menit.</p> <p>Apakah interpretasi masalah yang tepat sesuai MTBS?</p> <p>A. Penyakit berat dengan demam</p> <p>B. Dengue dengan warning sign</p> <p>C. Malaria</p> <p>D. Campak</p>

	E. Mastoiditis
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu mengatakan anak demam sudah 5 hari</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruam merah di kulit yang menyeluruh</li> <li>- Mata merah</li> <li>- Kulit teraba hangat</li> <li>- Suhu : 38,8 C</li> </ul> <p>Jawaban : D. Campak</p> <p>Pengertian campak menurut WHO adalah penyakit menular dengan gejala kemerahan berbentuk mukolo papular selama tiga hari atau lebih yang disertai panas 38 oC atau lebih dan disertai salah satu gejala batuk, pilek, dan mata merah.</p> <p>Menurut MTBS 2021, tanda-tanda CAMPAK saat ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruam kemerahan di kulit yang menyeluruh DAN</li> <li>- Terdapat salah satu tanda berikut: batuk, pilek, mata merah.</li> </ul> <p>Tinjauan Opsi lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyakit berat dengan demam tidak tepat karena datanya yakni ada tanda bahaya ATAU kaku kuduk</li> <li>- Dengue dengan warning sign tidak tepat karena datanya yakni satu/lebih gejala seperti nyeri perut dan nyeri tekan perut kanan atas, muntah terus menerus, klinis akumulasi cairan, perdarahan mukosa, letargi, gelisah, pembesaran hepar &gt;2 cm, peningkatan hematokrit dengan penurunan trombosit yang cepat</li> <li>- Malaria tidak tepat karena datanya yakni demam dan mikroskopis positif atau RDT positif</li> <li>- Mastoiditis tidak tepat karena datanya ada pembengkakan yang nyeri di belakang telinga</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 140.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang anak (4 tahun) datang ke UGD digendong ibunya. Ibu mengatakan anaknya kejang sejak 2 menit lalu. Sebelum kejang, anak mual muntah, tidak nafsu makan dan badan terasa panas sejak satu hari yang lalu. Saat pengkajian: badan anak tampak kaku, anak tidak menyahut saat dipanggil suhu tubuh 40 C.</p> <p>Manakah tindakan yang tidak tepat dilakukan pada kasus?</p> <p>A. Beri diazepam IV</p> <p>B. kendorkan pakaian anak</p> <p>C. Posisikan anak telentang, miringkan kepala</p> <p>D. Mencatat lama kejang</p> <p>E. Beri fenitoin IV 0,3-0,5 mg/KB BB</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu mengatakan anaknya kejang sejak 2 menit yang lalu.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- badan anak tampak kaku</li> <li>- anak tidak menyahut saat dipanggil</li> <li>- suhu tubuh 40°C</li> </ul> <p>Penatalaksanaan saat kejang :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- miringkan anak dan bersihkan jalan napas. jangan masukkan apapun kedalam mulut anak</li> <li>- perhatikan airway, breathing, dan circulation sebelum tindakan maupun saat tindakan. jika ada masalah, harus ditatalaksana</li> <li>- jika belum terpasang akses vena, berikan diazepam per rektal 5mg/2,5ml enema/supositoria jika berat badan &lt;12kg dan diazepam per rektal 10mg/2,5 ml enema/supositoria jika berat badan ≥ 12 kg. maksimal 2 kali pemberian jarak 5 menit</li> <li>- jika sudah terpasang akses vena, berikan diazepam 0,2-0,5mg/kg IV (dengan kecepatan 2mg/menit, maksimal pemberian 10mg)</li> <li>- jika kejang belum teratasi, dapat diberikan fenitoin 20mg/kg IV yang dilarutkan dengan NaCl 0,9% diberikan selama 20 menit atau fenobarbital 20mg/kg IV diberikan selama 10 menit (bila tidak tersedia fenobarbital IV berikan sediaan IM dalam dosis sama)</li> <li>- periksa gula darah, lalu lakukan tatalaksana atau cegah agar tidak turun</li> <li>- beri oksigen, RUJUK</li> </ul> <p>Source : MTBS-MTBM 2021</p> <p>Maka tindakan yang tidak tepat pada kasus adalah kolaborasi pemberian fenitoin IV 0,2-0,5mg/kg IV karena dosis tersebut merupakan dosis pemberian diazepam, sedangkan fenitoin diberikan apabila kejang tidak teratasi setelah pemberian diazepam dan diberikan dengan dosis 20mg/kg IV (Opsi A)</p> <p>Tinjauan Opsi Lain</p> <p>Opsi B, C, D dan A tidak tepat karena merupakan tindakan yang tepat dilakukan perawat pada kasus.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 141.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan 45 tahun dirawat di RS dengan asma bronchiale. Hasil pengkajian pasien mengeluh sesak, batuk berdahak dengan dahak kental dan klien mampu mengeluarkan dahaknya, lemah, frekuensi napas 26x/menit. Auskultasi paru terdengar wheezing dan ronchi.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tepat dilakukan oleh perawat?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Memberikan posisi fowler</li> <li>B. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>C. Memberikan terapi nebulizer Ventolin</li> <li>D. Mengajarkan batuk efektif</li> <li>E. Melakukan suction</li> </ul>

<b>Pembahasan</b>	<p><b>Pembahasan :</b></p> <p>Asma bronchiale merupakan suatu kelainan berupa inflamasi (peradangan) kronik saluran napas yang menyebabkan hipereaktifitas bronkus, sehingga menyebabkan gejala episodik berulang berupa mengi, sesak napas, rasa berat di dada, dan batuk.</p> <p>Terapi nebulizer merupakan salah satu tindakan pemberian pengobatan pada pasien dengan asma. Nebulizer akan menyebarkan obat menjadi partikel yang lebih kecil kedalam saluran napas bagian bawah sehingga dapat di absorpsi. Tujuan diberikannya nebulizer Ventolin pada pasien asma adalah memberikan efek dilatasi pada bronkus (bronkodilator).</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi memberikan posisis fowler tidak tepat karena posisi ini bukan tindakan utama yang dilakukan pada pasien dengan asma bronchiale</p> <p>Opsi Mengajarkan batuk efektif tidak tepat karena klien sudah dapat melakukan batuk efektif</p> <p>Opsi memberikan teknik relaksasi napas dalam tidak tepat karena teknik ini dapat diberikan pada pasien yang mengalami sesak napas setelah diberikannya bronkodilator pada pasien tersebut agar tidak penyempitan saluran napas dapat teratasi terlebih dahulu</p> <p>Opsi melakukan suction tidak tepat karena ini diindikasikan pada pasien yang mengalami sumbatan jalan napas akibat akumulasi cairan yang berlebih.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 142.</b>	
<b>Soal</b>	<p>xSeorang perempuan (25 tahun) dirawat di trauma centre dengan post orif ec. fraktur tibia sinistra. Pasien direncanakan pulang hari ini. Perawat sedang mengajarkan pasien cara turun tangga dengan menggunakan kruk dan saat ini kruk telah ditempatkan ke anak tangga dan berat badan ditransfer ke kruk</p> <p>Apakah tindakan yang tepat dilakukan perawat selanjutnya ?</p> <p>A.Menggerakkan kaki yang cidera ke depan</p> <p>B.Kaki yang tidak cedera maju antara kruk ke tangga</p> <p>C.Mentransfer berat badan dari kruk ke kaki yang tidak cidera</p> <p>D.Berdiri dalam posisi tripod</p> <p>E.Menggerakkan kaki yang cidera ke belakang</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Turun Tangga dengan Kruk</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien berdiri dengan posisi tripod</li> <li>2. Berat badan bertumpu pada kaki yang tidak cidera</li> <li>3. Kruk ditempatkan ke anak tangga, transfer berat badan ke kruk</li> <li>4. Gerakkan kaki yang cidera ke depan.</li> </ol>

	<p>5. Kaki yang tidak cidera sejajar di tangga dengan kruk</p> <p>6. Ulangi urutan sampai mencapai bagian bawah tangga</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 143.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (27 tahun) datang ke klinik untuk memeriksakan kesehatannya. Hasil pengkajian : pasien mengeluh demam sudah 2 hari, suhu tubuh naik turun, badan terasa lemas, nafsu makan menurun, mual muntah tidak ada. Perawat akan melakukan pemeriksaan tekanan darah dan saat ini perawat sedang memasang manset pada lengan pasien</p> <p>Apakah tindakan yang tepat dilakukan perawat selanjutnya ?</p> <p>A.Melakukan palpasi arteri radialis</p> <p>B.Memompa tensimeter dengan cepat sampai 30 mmHg diatas hilangnya pulsasi</p> <p>C.Menutup bulb screw tensimeter</p> <p>D.Melakukan palpasi arteri radialis atau brachialis</p> <p>E.Memasang diafragma stetoskop</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Prosedur penilaian tekanan darah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur tindakan pada pasien</li> <li>2. Cuci tangan</li> <li>3. Pilih manset tensimeter/spygmomanometer sesuai dengan ukuran lengan pasien</li> <li>4. Tempatkan pasien dalam posisi nyaman (duduk/berbaring) dengan lengan rileks, sedikit menekuk pada siku dan bebas tekanan oleh pakaian</li> <li>5. Palpasi arteri brachialis</li> <li>6. Pasang manset melingkari lengan atas dimana arteri brachialis teraba, secara rapi dan tidak terlalu ketat dan sejajar jantung</li> <li><b>7. Raba nadi radialis atau brachialis dengan satu tangan</b></li> <li>8. Tutup bulb screw tensimeter</li> <li>9. Padang bagian diaftagmastetoskop pada perabaan pulsasi arteri brachialis</li> <li>10. Pompa tensimeter/spygmomanometer dengan cepat sampai 30 mmHg diatas hilangnya pulsasi</li> <li>11. Turunkan tekanan manset, sambil mennurunkan perlahan-lahan 3mmHg/detik dan melaporkan saat mendengar bunyi “dug” pertama (tekanan sistolik).</li> <li>12. Tutunkan tekanan manset sampai suara bising “dug” yang terakhir (tekanan diastolik).</li> <li>13. Rapikan alat-alat yang telah digunakan</li> <li>14. Rapikan dan beri posisi nyaman pada pasien</li> <li>15. Dokumentasikan hasil pemeriksaan.</li> </ol>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 144.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang klien (31 tahun) datang ke Poli dengan keluhan nyeri abdomen sejak 2 hari yang lalu. Hasil pengkajian: klien mengeluh 6 kali BAB cair dalam sehari, tampak lemah, nafsu</p>



	<p>makan menurun, kram abdomen, bising usus hiperaktif, tekanan darah 120/70 mmHg, frekuensi nadi 72x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,6 C.</p> <p>Apakah masalah keperawatan yang tepat?</p> <p>A. Konstipasi</p> <p>B. Diare</p> <p>C. Hipovolemia</p> <p>D. Keletihan</p> <p>E. Nyeri Akut</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban Tepat: B. Diare</p> <p>DO : tampak lemah, kram abdomen, bising usus hiperaktif, tekanan darah 120/70mmHg, frekuensi nadi 72x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,6C.</p> <p>DS : keluhan nyeri abdomen sejak 2 hari yang lalu, klien mengeluh 6 kali BAB cair dalam sehari, nafsu makan menurun.</p> <p>Masalah Keperawatan : Diare</p> <p>Data kunci diangkatannya diagnosis "Diare" pada kasus, di antaranya: 6 kali BAB cair dalam sehari, kram abdomen, bising usus hiperaktif.</p> <p>Diare merupakan pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk (SDKI, 2016).</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi Konstipasi (Tidak Tepat), karena tidak ada data penguat diangkatannya diagnosis berupa defekasi kurang dari 2 kali seminggu, peristaltik usus menurun, kelemahan umum, teraba massa pada rektal.</p> <p>Opsi Keletihan (Tidak Tepat), karena tidak ada data penguat diangkatannya diagnosis berupa ketidakmampuan mempertahankan aktivitas rutin, merasa kurang tenaga dan mengeluh lelah.</p> <p>Opsi Hipovolemia (Tidak Tepat), karena tidak ada data penguat diangkatannya diagnosis berupa frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, suhu tubuh meningkat.</p> <p>Opsi Nyeri Akut (Tidak Tepat), karena tidak ada data penguat diangkatannya diagnosis berupa skala nyeri.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 145.</b>	

<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat melakukan pengkajian pada seorang lansia (61 tahun) di suatu panti. Hasil pengkajian: klien memiliki riwayat demensia sejak 1 tahun yang lalu. Klien mengeluh merasa bosan dan ingin melakukan kegiatan yang bermanfaat serta menghasilkan sesuatu.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tepat dilakukan?</p> <p>A.Terapi kognitif</p> <p>B.Terapi berkebun</p> <p>C.Terapi musik</p> <p>D.Terapi aktivitas kelompok</p> <p>E. Terapi okupasi</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus masalah : Klien mengeluh merasa bosan dan ingin melakukan kegiatan yang bermanfaat serta menghasilkan sesuatu.</p> <p>Maka tindakan yang tepat dilakukan yaitu terapi okupasi yang bertujuan untuk memanfaatkan waktu luang dan meningkatkan produktivitas dengan membuat atau menghasilkan karya dari bahan yang telah disediakan.</p> <p>Opsi “Terapi kognitif” (kurang tepat), karena data pada kasus kurang menunjang, klien memiliki riwayat demensia namun data masalah kognitif yang berhubungan dengan demensia saat ini tidak ada dipaparkan pada kasus. Terapi kognitif : bertujuan agar daya ingat tidak menurun.</p> <p>Opsi “Terapi musik” (tidak tepat), Terapi musik : untuk menghibur para lansia sehingga meningkatkan gairah hidup dan fantasi mengenang masa lalu.</p> <p>Opsi “Terapi aktivitas kelompok” (tidak tepat), karena terapi aktivitas kelompok bertujuan untuk meningkatkan kebersamaan, bersosialisasi, bertukar pengalaman, dan mengubah perilaku.</p> <p>Opsi “Terapi berkebun” (tidak tepat), Terapi berkebun bertujuan untuk melatih kesabaran, kebersamaan, dan memanfaatkan waktu luang (Maryam, 2008).</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 146.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang bayi (6 bulan) dirawat dengan diagnosis Cerebral Palsy. Ibu mengatakan bayi sering menangis, tidak ingin menyusu, jari-jari meregang, dan sering tremor. Hasil pengkajian: bayi pucat, adanya gangguan refleks pada bayi, gerakan tidak terkoordinasi, dan respons terhadap stimulus abnormal, suhu tubuh 36 C, frekuensi napas 38x/menit, frekuensi nadi 92x/menit.</p> <p>Apakah masalah keperawatan yang tepat?</p> <p>A.Risiko Gangguan Perkembangan</p> <p>B.Disorganisasi Perilaku Bayi</p> <p>C.Risiko Disorganisasi Perilaku Bayi</p>

	<p>D.Risiko Gangguan Pertumbuhan</p> <p>E.Menyusui Tidak Efektif</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban yang benar: B Disorganisasi Perilaku Bayi</p> <p>Pembahasan:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu mengatakan bayi sering menangis</li> <li>2. Ibu mengatakan bayi tidak ingin menyusui</li> <li>3. Ibu mengatakan jari-jari bayi meregang</li> <li>4. Ibu mengatakan bayi sering tremor</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bayi tampak pucat</li> <li>2. Adanya gangguan refleks pada bayi</li> <li>3. Gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>4. Respons terhadap stimulus abnormal</li> <li>5. Suhu tubuh 36 C</li> <li>6. Frekuensi napas 38x/menit</li> <li>7. Frekuensi nadi 92x/menit</li> </ol> <p><b>JadiNAKES</b> Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</p> <p>Data-data ini telah menunjukkan bayi mengalami disorganisasi perilaku bayi yaitu disintegrasi respons fisiologis dan neurobehavior bayi terhadap lingkungan (SDKI, 2016).</p> <p>Tanda gejala yang ditemui mengarah pada diagnosis cerebral palsy. Cerebral palsy adalah gangguan gerak yang mempengaruhi otot, gerakan dan keterampilan motorik (kemampuan untuk bergerak secara terarah/terkoordinasi) yang diakibatkan oleh suatu lesi tidak progresif atau cedera yang mempengaruhi otak yang tidak matur, dan terjadi sebelum atau sesudah kelahiran (Betz &amp; Sowden, 2009).</p> <p>Manifestasi klinis yang dapat terjadi adalah kemampuan motorik yang abnormal, keterlambatan perkembangan, abnormalitas tonus otot, ketidaknormalan refleks, kejang, gangguan menghisap, gangguan berbicara, gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi “Risiko Gangguan Perkembangan” (tidak tepat), karena tidak terdapat data faktor risiko dari gangguan perkembangan pada kasus..</p> <p>Opsi “Risiko Gangguan Pertumbuhan” (tidak tepat), karena tidak terdapat data faktor risiko dari gangguan pertumbuhan pada kasus.</p> <p>Opsi “Risiko Disorganisasi Perilaku Bayi” (tidak tepat), karena kondisi disorganisasi bayi sudah tergolong aktual.</p> <p>Opsi “Menyusui Tidak Efektif” (tidak tepat), karena karena tidak terdapat data penguat diangkarkannya diagnosis berupa bayi tidak melekat pada</p>

	payudara ibu, ASI tidak menetes/memancar, BAK bayi < 8 kali dalam 24 jam, serta nyeri pada puting payudara ibu.
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 147.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (26 tahun) dirawat dengan status H+1 post SC. Hasil pengkajian : pasien mengatakan ASI nya sedikit, bayi masih menangis setelah diberi ASI oleh ibunya. Ibu merasa cemas tidak dapat menyusui anaknya dengan baik.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tidak tepat diberikan perawat pada kasus tersebut?</p> <p>A. Edukasi pelekatan bayi dan ibu saat menyusui</p> <p>B. Menganjurkan ibu untuk terus mencoba menyusui bayinya</p> <p>C. Mengajarkan ibu dan suami untuk melakukan pijat endorphine</p> <p>D. Mengajarkan ibu dan suami untuk melakukan pijat oksitosin</p> <p>E. Dukung ayah dalam pengasuhan bayi</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data Fokus :</p> <p>Pasien mengatakan ASI nya sedikit, bayi masih menangis setelah diberi ASI oleh ibunya. Ibu merasa cemas tidak dapat menyusui anaknya dengan baik.</p> <p>Maka tindakan yang tidak tepat yang diberikan perawat terhadap pasien yaitu mengajarkan ibu dan suami untuk melakukan pijat endorphine, karena pijat endorphine merupakan tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mengurangi nyeri</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <p>Opsi A, B, D dan E tidak tepat, karena merupakan tindakan yang dapat meningkatkan hormon oksitosin (hormon yang merangsang produksi ASI pada ibu menyusui).</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 148.</b>	

<b>Soal</b>	<p>seorang mahasiswa keperawatan melakukan pengkajian keperawatan. Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat penanggung jawab wilayah binaan didapatkan data 20% masyarakat mengalami hipertensi, dan hanya 40% diantaranya yang rutin mengikuti kegiatan posbindu.</p> <p>apakah jenis data yang sedang dikaji oleh mahasiswa?</p> <p>A. data pelayanan kesehatan</p> <p>B. data inti komunitas</p> <p>C. data persepsi perawat</p> <p>D. data subsistem komunitas</p> <p>E. daa statistik vital</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus:</p> <p>Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat penanggung jawab wilayah binaan didapatkan data:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20% masyarakat mengalami hipertensi, dan</li> <li>- hanya 40% diantaranya yang rutin mengikuti kegiatan posbindu.</li> </ul> <p>Menurut IPKKI (2017) data pengkajian dalam komunitas adalah sebagai berikut :</p> <p>Data inti komunitas : yang dikaji terdiri dari sejarah/riwayat daerah tempat tinggal, demografi (usia, jenis kelamin,ras dan etnis),tipe keluarga, statistik vital (angka kelahiran, kematian), danagama.</p> <p>Data subsistem komunitas: yang dikaji yaitu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Lingkungan fisik: (kualitas air, pembuangan limbah,perumahan, kualitas udara, flora, ruang terbuka dan musim.</li> <li>-Pelayanan kesehatan dan sekolah: adanya puskesmas, rumah sakit, fasilitas pelayanan sosial, pelayanan kesehatan mental, pusat emergensi dan pelayanan pengobatan tradisional serta akses ke pelayanan kesehatan</li> <li>-Ekonomi : karakteristik keuangan keluarga, status pekerjaan, kategori pekerjaan, jumlah penduduk yang tidak bekerja</li> <li>-Politik dan pemerintahan : data yang dikumpulkan meliputi pemerintahan (RT,RW, Kelurahan,desa,kecamatan dan lainnya),kelompok pelayanan mayarakat ( PKK,Karang taruna,panti dsb),politik ( kegiatan politik yang ada di daerah tersebut )</li> <li>-Komunikasi : data yang dikumpulkan terkait komunikasi formal dan informal</li> <li>-Pendidikan : data yang dikaji seperti, sekolah, tipe pendidikan, akses pendidikan.</li> <li>-Rekreasi : data yang dikaji seperti adanya taman, area bermain, dan fasilitas rekreasi.</li> </ul>

	<p>Data persepsi, meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Persepsi masyarakat : seperti, bagaimana perasaan masyarakat tentang kehidupan bermasyarakat yang dirasakan di lingkungan tempat tinggal mereka</li> <li>-Persepsi perawat : berupa, pernyataan umum tentang kondisi kesehatan dari masyarakat, apa yang masalah potensial yang dapat diidentifikasi dan apa yang menjadi kekuatan dari kondisi kesehatan masyarakat tersebut.</li> </ul> <p>Dari uraian diatas dimana saat ini mahasiswa bertanya terkait kondisi kesehatan pada wilayah tersebut serta masalah potensial yang muncul maka jawaban yang tepat adalah data persepsi perawat</p> <p>Tinjauan opsi lain</p> <p>Opsi “data pelayanan kesehatan” tidak tepat, karena pada data pelayanan kesehatan yang dikajia dalah jenis pelayanan kesehatan yang ada pada wilayah seperti rumah sakit, puskesmas, pustu, klinik dll</p> <p>Opsi “data inti” komunitas tidak tepat, karena tidak ada disebutkan data tentang sejarah, demografi, statistik vital maupun agama didalam soal</p> <p>Opsi “data subsistem” tidak tepat, karena tidak ada data terkait lingkungan fisik, pelayanan kesehatan, ekonomi, politik atau komunikasi</p> <p>Opsi “data statistik vital” tidak tepat kita angkatkan karena pada data statistik vital data yang dijabarkan adalah angka kelahiran atau angka kematian</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 149.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Sebagai upaya preventif sekunder hipertensi di wilayah puskesmas kecamatan, perawat berinisiatif memberikan obat antihipertensi dan obat penunjang lainnya kepada masyarakat yang bergejala hipertensi</p> <p>Apakah prinsip etik yang dilanggar perawat ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. akuntabilitas</li> <li>B. autonomy</li> <li>C. beneficence</li> <li>D. fidelity</li> <li>E. justice</li> </ul>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>Prinsip etik merupakan penuntun profesi untuk melakukan tindakan yang baik atau tepat sesuai dengan norma yang berlaku. Beberapa prinsip etik yang sering muncul dalam soal yakni (AIPNI, 2019; Polit &amp; Beck, 2014):</p>

	<p>a. Beneficence: memberikan kebermanfaatan</p> <p>b. Non-maleficence: meminimalkan bahaya dengan melaksanakan intervensi sesuai SOP</p> <p>c. Akuntabilitas: melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan profesionalisme keperawatan</p> <p>d. Justice: berlaku adil kepada siapapun</p> <p>e. Autonomy: selalu mengembalikan keputusan terhadap intervensi/pengobatan kepada klien/keluarga dan menerapkan informed consent</p> <p>f. Veracity: mengungkapkan secara jujur dan tidak merekayasa kondisi klien</p> <p>g. Fidelity: setia, menepati janji, menjaga kepercayaan klien dengan dirinya sebagai perawat/tenaga kesehatan</p> <p>h. Confidentiality: menjaga kerahasiaan data dan kondisi klien yang tertera di rekam medis dari orang lain yang tidak berkepentingan, kecuali diminta di pengadilan (berkaitan dengan hukum)</p> <p>Data Fokus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat berupaya memberikan obat antihipertensi kepada masyarakat yang menunjukkan gejala hipertensi -&gt; memberikan kebermanfaatan kepada masyarakat -&gt; melaksanakan beneficence</li> <li>- Perawat memberikan obat dan mendiagnosis masyarakat yang menunjukkan gejala hipertensi bahwa mereka mengalami hipertensi -&gt; hal ini bukan wewenang perawat -&gt; melanggar akuntabilitas</li> </ul> <p>Jawaban yang tepat :</p> <p>A. akuntabilitas</p> <p>meskipun maksud perawat itu baik dan memberikan kebermanfaatan, hal ini melanggar tugas dan wewenang perawat, karena menentukan diagnosis medis dan memberikan terapi farmakologi bukan merupakan tugas dan wewenang mandiri perawat.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi E kurang tepat karena tidak ada isu justice pada kasus</li> <li>- Opsi B tidak tepat karena tidak ada isu autonomy pada kasus</li> <li>- Opsi C tidak tepat karena pada kasus, perawat berupaya menerapkan beneficence, bukan melanggarnya</li> <li>- Opsi D tidak tepat karena tidak ada isu fidelity pada kasus</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 150.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (40 tahun) dibawa ke RS dalam keadaan tidak sadarkan diri karena mengalami cedera kepala berat. Hasil pengkajian: GCS 8, tekanan darah 140/90 mmHg, frekuensi nadi 130x/menit, suhu 37 C, frekuensi napas 27x/menit. Pasien dilakukan pemasangan kateter urin. Saat ini perawat telah memasang handscoon bersih.</p>

	<p>Apa tindakan selanjutnya yang dilakukan oleh perawat ?</p> <p>A. Mengoleskan jelly pada ujung kateter</p> <p>B. Melakukan penis hygiene</p> <p>C. Memasang duk bolong</p> <p>D. Memasukkan kateter ke uretra</p> <p>E. Menampung urin menggunakan nierbeken</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Prosedur Pemasangan Kateter Urin Pria</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)</li> <li>2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur</li> <li>3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sarung tangan steril</li> <li>b. Kateter urine sesuai ukuran</li> <li>c. Urine bag dan penggantungnya</li> <li>d. S spuit yang berisi 20 mL aquades/NaCl atau sesuai peraturan institusi</li> <li>e. Jeli lidokain 2%</li> <li>f. Cairan antiseptic</li> <li>g. Sarung tangan bersih</li> <li>h. Kom bersih</li> <li>i. Wadah sampel urine, jika perlu</li> <li>j. Kapas/kasa dan cairan antiseptic</li> <li>k. Pengalas</li> <li>l. Bengkok</li> <li>m. Sampiran</li> </ol> </li> <li>4. Jaga privasi dengan memasang sampiran Patahkan untuk membuka syringe Countersunk/lubang syringe (steril, gunakan teknik aseptik) Tekan perlahan untuk memasukkan jeli</li> <li>5. Atur posisi telentang dengan kaki abduksi</li> <li>6. Letakkan pengalas di bawah bokong</li> <li>7. Tutup area pinggang denga selimut</li> <li>8. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</li> <li>9. Pakai sarung tangan bersih</li> <li>10. Bersihkan area genetalia dengan kapas/kasa dan cairan antiseptic</li> </ol>



	<p>11. Bilas dan keringkan, kemudian lepaskan sarung tangan bersih</p> <p>12. Buka set kateter steril dan alat-alat steril lainnya dan tempatkan di alas steril dengan tetap mempertahankan teknik aseptik</p> <p>13. Pakai sarung tangan steril</p> <p>14. Sambungkan kateter dengan urine bag</p> <p>15. Pegang penis tegak lurus dengan tangan non-dominan dan masukkan 10 mL jeli ke dalam meatus uretra dengan tangan dominan</p> <p>16. Tutup meatus uretra dengan jari telunjuk selama 1-2 menit</p> <p>17. Masukkan kateter ke dalam meatus uretra secara perlahan dengan tangan dominan sampai pangkal kateter sambil menganjurkan pasien menarik napas dalam</p> <p>18. Lakukan fiksasi internal dengan memasukkan aquades/NaCl untuk mengembangkan balon kateter</p> <p>19. Tarik kateter perlahan sampai terasa ada tahanan untuk memastikan kateter terfiksasi dengan baik dalam kandung kemih</p> <p>20. Lepaskan sarung tangan steril</p> <p>21. Lakukan fiksasi eksternal dengan plester di area abdomen bawah dengan penis mengarah ke dada</p> <p>22. Gantungkan urine bag dengan posisi lebih rendah dari pasien</p> <p>23. Pasang sarung tangan bersih dan ambil sampel urine segera dari urine bag, jika perlu</p> <p>24. Lepaskan sarung tangan bersih</p> <p>25. Rapikan pasien dan alat yang digunakan</p> <p>26. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 151.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (24 tahun) dirawat di rumah sakit dengan fraktur tibia sinistra. Perawat sedang mengajarkan klien untuk mobilisasi turun tangga dengan menggunakan kruk. Saat ini pasien telah menopangkan berat badan ke kruk.</p> <p>Apa tindakan selanjutnya yang dilakukan perawat?</p> <p>A. Menggerakkan kaki kanan kedepan</p> <p>B. Kruk ditempatkan ke anak tangga</p> <p>C. Menggerakkan kaki kiri kedepan</p> <p>D. Berat badan bertumpu pada kaki yang tidak cedera</p> <p>E. Kaki yang tidak cedera sejajar di tangga dengan kruk</p>
<b>Pembahasan</b>	Pembahasan

	<p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien post fraktur tibia sinistra menggunakan alat bantu kruk</li> <li>- Pasien sudah menopangkan berat badannya ke kruk</li> </ul> <p>Jawaban tepat: c. Menggerakkan kaki kiri (kaki yang cidera) ke depan</p> <p>Prosedur turun tangga menggunakan alat bantu kruk:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klien berdiri dengan posisi tripod</li> <li>2) Berat badan bertumpu pada kaki yang tidak cidera</li> <li>3) Kruk ditempatkan ke anak tangga, transfer berat badan ke kruk</li> <li>4) Gerakkan kaki yang cidera ke depan.</li> <li>5) Kaki yang tidak cidera sejajar di tangga dengan kruk</li> <li>6) Ulangi urutan sampai mencapai bagian bawah tangga</li> </ol>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 152.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang kepala ruangan bedah sedang melakukan rapat bulanan. Kepala ruangan mengevaluasi penilaian kinerja perawatnya dimana ditemukan 20 orang perawat memiliki kinerja dan standar profesionalisme yang baik selama bertugas dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga.</p> <p>Apakah fungsi manajemen yang dilakukan oleh kepala ruangan?</p> <p>A. Planning</p> <p>B. Controlling</p> <p>C. Staffing</p> <p>D. Directing</p> <p>E. Organizing</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus:</p> <p>Kepala ruangan melakukan evaluasi penilaian kinerja perawatnya dimana ditemukan 20 orang perawat memiliki kinerja baik dan standar profesionalisme perawat yang bertugas dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga.</p> <p>Maka fungsi manajemen yang dilakukan oleh kepala ruangan yaitu controlling. Controlling (pengendalian) tindakannya meliputi pelaksanaan penilaian kinerja staf, pertanggungjawaban keuangan, pengendalian mutu, pengendalian aspek legal dan etik serta pengendalian profesionalisme asuhan keperawatan.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi planning (perencanaan) (tidak tepat), karena tindakan perencanaan ini meliputi proses perencanaan, menentukan misi, visi, tujuan, kebijakan, prosedur, dan peraturan-peraturan dalam pelayanan keperawatan, kemudian membuat perkiraan proyeksi jangka pendek dan jangka panjang serta menentukan jumlah biaya dan mengatur adanya perubahan berencana.</p> <p>Opsi organizing (pengorganisasian) (tidak tepat), karena tindakan pengorganisasian ini meliputi beberapa kegiatan diantaranya menetapkan struktur organisasi, menentukan model penugasan keperawatan sesuai dengan keadaan klien dan ketenagaan, mengelompokkan aktivitas-</p>

	<p>aktivitas untuk mencapai tujuan dari unit, bekerja dalam struktur organisasi yang telah ditetapkan dan memahami serta menggunakan kekuasaan dan otoritas yang sesuai.</p> <p>Opsi staffing (pengelolaan staff) (tidak tepat), karena tindakan pengelolaan staf ini meliputi kegiatan yang berhubungan dengan kepegawaian di antaranya adalah rekrutmen, wawancara, mengorientasikan staf, menjadwalkan dan mengsosialisasikan pegawai baru serta pengembangan staf.</p> <p>Opsi directing (pengarahan) (tidak tepat), karena tindakan pengarahan ini meliputi pemberian motivasi, supervisi, mengatasi adanya konflik, pendelegasian, cara berkomunikasi dan fasilitasi untuk kolaborasi.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 153.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (22 tahun) datang ke RS dengan luka bakar akibat tersiram air panas di dapur nya. Luka terdapat pada tangan kanan, dada hingga abdomen. Hasil pengkajian: terasa nyeri luka bakar, tampak kemerahan, bulla pda kulit hingga sebasea.</p> <p>Berapakah derajat luka bakar pada pasien?</p> <p>A. Derajat 1</p> <p>B. Derajat 1a</p> <p>C. Derajat 2</p> <p>D. Derajat 3</p> <p>E. Derajat 4</p>
<b>Pembahasan</b>	<p style="text-align: right;">Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</p> <p>Pembahasan</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dengan luka bakar akibat tersiram air panas</li> <li>- Luka terdapat di tangan kanan, dada dan abdomen (27%)</li> <li>- Tampak kemerahan dan bulla pada kulit dan sebasea (bawah kulit)</li> </ul> <p>Berdasarkan data diatas derajat luka bakar yang terjadi pada pasien adalah derajat 2 (deep partial-thickness)</p> <p>Klasifikasi Berdasarkan Derajat dan Kedalaman Luka Bakar</p> <p>a. Derajat I (superficial partial-thickness)</p> <p>Terjadi kemerahan dan nyeri pada permukaan kulit. Luka bakar derajat I sembuh 3-6 hari dan tidak menimbulkan jaringan parut saat remodeling (Barbara et al., 2013).</p> <p>b. Derajat II (deep partial-thickness)</p> <p>Pada derajat II melibatkan seluruh lapisan epidermis dan sebagian dermis. Kulit akan ditemukan bulla, warna kemerahan, sedikit edema dan nyeri berat. Bila ditangani dengan baik, luka bakar derajat II dapat sembuh dalam 7 hingga 20 hari dan akan meninggalkan jaringan parut (Barbara et al., 2013).</p> <p>c. Derajat III (full thickness)</p>

	<p>Pada derajat III melibatkan kerusakan semua lapisan kulit, termasuk tulang, tendon, saraf dan jaringan otot. Kulit akan tampak kering dan mungkin ditemukan bulla ber dinding tipis, dengan tampilan luka yang beragam dari warna putih, merah terang hingga tampak seperti arang. Nyeri yang dirasakan biasanya terbatas akibat hancurnya ujung saraf pada dermis. Penyembuhan luka yang terjadi sangat lambat dan biasanya membutuhkan donor kulit (Barbara et al., 2013)</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 154.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (60 tahun) dirawat di RS dengan combustio grade II. Siang ini pasien direncanakan pulang. Perawat akan melakukan aff kateter dan saat ini perawat telah mencuci tangan.</p> <p>Apakah prosedur tindakan yang tepat dilakukan selanjutnya?</p> <p>A. Membuka pakaian bawah pasien</p> <p>B. Mengosongkan urin bag</p> <p>C. Memposisikan pasien</p> <p>D. Memakai handscoon</p> <p>E. Mengeluarkan cairan fiksasi pada balon kateter</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Prosedur Aff kateter</p> <p>1. Cuci tangan</p> <p>2. Memakai handscoon</p> <p>3. Mengosongkan urine bag</p> <p>4. Membuka pakaian bawah klien</p> <p>5. Posisikan klien, dan dekatkan alas dan bengkok ke area kerja</p> <p>6. Keluarkan semua cairan fiksasi yang ada dalam balon kateter</p> <p>7. Pastikan semua cairan yang ada di dalam balon kateter keluar, dan tarik serang kateter perlahan-lahan</p> <p>8. Buang semua sampah kateter beserta urine bag ke dalam tempat sampah medis</p> <p>9. Lakukan perineal hygiene</p> <p>10. Kembalikan posisi klien ke posisi nyaman</p> <p>11. Rapiakan alat-alat</p> <p>12. Buka handscoon</p> <p>13. Cuci tangan</p>

<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 155.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (40 tahun) dirawat di RS dengan batu uretra. Hasil pengkajian: pasien mengeluh nyeri pada ari-ari, pipis terasa tertahan dan keluar menetes, terasa penuh di kandung kemih dan merasa tidak nyaman.</p> <p>Apakah data yang tepat untuk melengkapi pengkajian?</p> <p>A.Hasil pemeriksaan urin lengkap</p> <p>B.Nyeri tekan pada kandung kemih</p> <p>C.Pasien tampak meringis</p> <p>D.Pemeriksaan TTV</p> <p>E. Distensi kandung kemih</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasien dengan batu uretra, mengeluh nyeri pada ari-ari</li> <li>• pipis terasa tertahan dan keluar menetes, terasa penuh di kandung kemih.</li> </ul> <p>Berdasarkan data pada kasus diagnosis keperawatan yang tepat adalah retensi urin, yang didefinisikan sebagai pengosongan kandung kemih yang tidak lengkap yang ditunjukkan dengan data; sensasi penuh pada kandung kemih, disuria/anuria, dribbling (urin menetes). Selain itu pada saat dilakukan pemeriksaan palpasi akan terdapat distensi kandung kemih akibat adanya retensi jumlah urin pada vesika urinaria.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi Nyeri tekan pada kandung kemih (tidak tepat), karena sensasi nyeri pada kandung kemih bukan termasuk data yang dapat mendukung diagnosis retensi urin. Nyeri merupakan persepsi subjektif yang dirasakan pasien akibat adanya kerusakan jaringan, nyeri bisa saja dirasakan pada semua pasien dengan kasus yang berbeda, sehingga data nyeri tidak objektif untuk mendukung masalah retensi urin.</p> <p>Opsi Pasien tampak meringis (tidak tepat), karena data ini merupakan salah satu data mayor pada masalah nyeri.</p> <p>Opsi Pemeriksaan TTV (tidak tepat), karena pada umumnya masalah retensi urin tidak memberikan dampak yang signifikan pada hasil TTV, sehingga data ini bukan merupakan data utama untuk menegaskan diagnosis retensi urin.</p> <p>Opsi Hasil pemeriksaan urin lengkap (tidak tepat), karena pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui fungsi kerja ginjal. Namun bukan sebagai data utama untuk mengetahui adanya retensi/penumpukkan jumlah urin pada vesika urinaria.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 156.</b>	

<b>Soal</b>	<p>Seorang anak (6 tahun) di bawa ke IGD dengan keluhan sulit untuk bernapas dan tampak memegang lehernya. Hasil pengkajian: didapatkan hasil bahwa pasien tertelan uang logam, saat bermain dengan teman-temannya.</p> <p>Apakah manuver pembebasan jalan napas yang tepat pada pasien?</p> <p>A. Heimlich manuver.</p> <p>B. Head tilt Chin lift</p> <p>C. Jaw Thrust</p> <p>D. Back bows</p> <p>E. Chest Thrust</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien anak 6 tahun sulit bernapas</li> <li>- Pasien tertelan uang logam, saat bermain dengan teman-temannya</li> </ul> <p>Analisis masalah yang terjadi pada pasien yaitu pasien mengalami choking atau tersedak.</p> <p>Tersedak merupakan salah satu kasus kegawatdaruratan dan merupakan suatu bentuk obstruksi/sumbatan pada saluran napas. Pada kasus-kasus seperti sumbatan jalan napas akibat benda asing yang terjadi pada anak maka manuever membebaskan jalan napas ini adalah dengan teknik Heimlich manuver.</p> <p>Tinjauan Opsi Lain: <i>Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jaw thrust adalah teknik membuka jalan napas pada pasien trauma.</li> <li>- Head tilt chin lift membuka jalan napas pada pasien non-trauma.</li> <li>- Back bows adalah manuever tersedak yang dilakukan pada pasien bayi yang masih sadar.</li> <li>- Chest thrust dilakukan pada pasien dewasa yang sedang hamil, atau obesitas</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 157.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (21 tahun) masuk RSJ diantar oleh keluarganya dikarenakan selalu mengamuk jika bertemu dengan kakaknya. Hasil pengkajian: klien mengatakan seseorang datang padanya agar ia membenci kakaknya, orang itu datang 5 kali dalam sehari, dan klien merasa sangat terganggu.</p> <p>Apakah diagnosis keperawatan yang tepat?</p> <p>A. Berduka kompleks</p> <p>B. Perilaku kekerasan</p> <p>C. Harga diri rendah kronik</p>

	<p>D.Risiko perilaku kekerasan</p> <p>E.Halusinasi</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus pada kasus ini : klien mengatakan seseorang datang padanya agar ia membenci kakaknya, orang itu datang 5 kali dalam sehari, dan klien merasa sangat terganggu.</p> <p>Maka diagnosis keperawatan yang tepat pada kasus ini adalah Halusinasi yaitu halusinasi penglihatan.</p> <p>Dari pilihan jawaban :</p> <p>Opsi “Halusinasi” (Tepat), karena klien merasakan sensasi palsu berupa penglihatan (halusinasi penglihatan) yang menyebabkan ia menjadi marah-marah kepada kakaknya.</p> <p>Opsi “Perilaku Kekerasan” (Tidak tepat), karena tidak ada data yang kuat untuk menegakkan diagnosis PK pada klien.</p> <p>Opsi “Harga Diri Rendah Kronik” (Tidak tepat), karena tidak ada data yang kuat untuk menunjang masalah harga diri rendah kronik pada klien.</p> <p>Opsi “Risiko perilaku kekerasan” (Tidak tepat), karena marah yang ditunjukkan klien akibat dari halusinasinya.</p> <p>Opsi “Berduka kompleks” (Tidak tepat), karena tidak ada data penguat untuk diangkatannya masalah berduka pada klien.</p>
<b>Materi</b>	<p>D3 Keperawatan</p>
<p align="center"><b>Nomor 158.</b> Bina Ners dan Bidan Tenaga Kesehatan</p>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (34 tahun) dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: pasien tampak pucat, tidak mau makan dan minum. Pasien mengatakan dia harus berpuasa selama 3 bulan berturut-turut karena ia yakin jika hal tersebut dilakukannya ia akan masuk surga.</p> <p>Apakah masalah keperawatan yang tepat ?</p> <p>A. Waham nihilistik</p> <p>B. Waham somatik</p> <p>C. Waham agama</p> <p>D. Waham kebesaran</p> <p>E. Waham curiga</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus diangkatannya masalah keperawatan waham agama adalah; pasien mengatakan dia harus berpuasa selama 3 bulan berturut-turut karena dirinya yakin jika hal tersebut dilakukannya, ia akan masuk surga. Sesuai dengan definisinya dalam buku SDKI (2016), waham merupakan keyakinan yang keliru tentang isi pikiran yang dipertahankan secara kuat atau terus menerus namun tidak sesuai dengan kenyataan, dengan gejala berupa ungkapan isi waham, isi pikir yang tidak sesuai realistis, isi pembicaraan yang sulit di mengerti, dan menunjukkan perilaku sesuai isi waham. Salah satu klasifikasi waham yang terjadi pada pasien ialah</p>

	<p>waham agama, sesuai dengan buku MPKP jiwa (2010), waham agama yaitu individu memiliki keyakinan terhadap suatu agama secara berlebihan, dan diucapkan berulang kali, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.</p> <p>Tinjauan Opsi lainnya:</p> <p>Opsi "waham somatik" (Tidak Tepat), karena tidak ada data penguat diangkatannya diagnosis berupa; keyakinan bahwa tubuh atau bagian tubuhnya terganggu/terserang penyakit yang diucapkan secara berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan.</p> <p>Opsi "waham nihilistik" (Tidak Tepat), karena tidak ada data penguat diangkatannya diagnosis berupa meyakini bahwa dirinya sudah tidak ada didunia/meninggal.</p> <p>Opsi "waham kebesaran" (Tidak Tepat), karena tidak ada data penguat diangkatannya diagnosis berupa; keyakinan memiliki kebesaran atau kekuasaan khusus, yang di ucapkan berulangkali, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.</p> <p>Opsi "waham curiga" (Tidak Tepat), karena tidak ada data penguat diangkatannya diagnosis berupa keyakinan bahwa ada seseorang atau sekelompok yang berusaha merugikan/mencederai dirinya, serta diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 159.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan ( 30 tahun) dirawat di RS dengan meningitis hari ke-4. Hasil pengkajian: pasien tampak gelisah, sering berteriak, demam, dan merintih kesakitan. Pasien terpasang monitor, selang NCT, dan infus. Saat overan dinas, pasien mengalami kejang.</p> <p>Dari tindakan berikut, manakah tindakan tidak tepat dilakukan oleh perawat?</p> <p>A. Balikkan badan klien ke satu sisi</p> <p>B. Memberikan kompres hangat</p> <p>C. Pandu gerakan klien selama kejang</p> <p>D. Tetap di sisi klien selama (klien mengalami) kejang</p> <p>E. Monitor status neurologis</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus: ; pasien dengan meningitis, tampak gelisah, sering berteriak, demam, dan merintih kesakitan. Pasien terpasang monitor, selang NGT, dan infuse. Saat overan dinas, pasien mengalami kejang. Berdasarkan kasus di atas, diagnosis keperawatan yang mungkin muncul adalah; risiko cedera dan risiko jatuh.</p> <p>Intervensi yang dapat dilakukan pada kasus adalah melakukan manajemen kejang dengan benar, (NIC, 2015).</p> <p>Tinjauan opsi:</p> <p>Opsi Balikkan badan klien ke satu sisi (tindakan benar), karena tindakan ini bertujuan untuk mencegah aspirasi dan cedera pada pasien.</p> <p>Opsi Pandu gerakan klien selama kejang (tindakan benar), hal ini dilakukan untuk mencegah terjadinya cedera pada pasien.</p> <p>Opsi Tetap di sisi klien selama (klien mengalami) kejang (tindakan</p>



	<p>benar), dampingan dari tenaga medis dan keluarga sangat penting selama kejang, karena kondisi pasien yang akan memungkinkan terjadinya masalah lain, seperti; cedera, gawat napas, dan jatuh akibat kejang.</p> <p>Opsi Berikan kompres hangat (tindakan tidak benar), pemberian kompres tidak efektif jika diberikan saat pasien kejang, karena pasien sedang mengalami kondisi di luar kendali akibat koordinasi system saraf yang terganggu. Jika pasien sudah tenang dan telah diorientasikan setelah kejang, pemberian kompres bisa dilakukan.</p> <p>Opsi Monitor status neurologis (tindakan benar), ini dilakukan untuk tetap memonitor jika adanya penurunan status neurologis pasien selama kejang.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 160.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (35 tahun) dengan Efusi Pleura dirawat di bangsal RS sejak 3 hari yang lalu. Pasien mengeluh sesak nafas. Hasil pengkajian: tekanan darah 110/60 mmHg, frekuensi nadi 105x/menit, frekuensi nafas 24x/menit, retraksi intercostae, batuk, vocal fremitus menurun pada region medial paru, perkusi redup, auskultasi pleural friction rub dan diaphoresis.</p> <p>Apakah kriteria hasil perkusi paru yang diharapkan pada kasus tersebut ?</p> <p>A.Hipersonor</p> <p>B.Shifting Dullness</p> <p>C.Pekak</p> <p>D.Sonor</p> <p>E.Tympany</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Pada kasus didapatkan pasien dengan efusi pleura dan hasil perkusi terdengar pekak, sehingga suara perkusi paru normal yang diharapkan pada kasus yaitu sonor. Sonor adalah suara perkusi yang dihasilkan pada jaringan paru-paru yang normal, umumnya bergaung dan bernada rendah (Somantri, 2007).</p> <p>Tinjauan opsi lainnya:</p> <p>Opsi hipersonor (tidak tepat) karena merupakan perkusi abnormal yang dihasilkan karena terlalu banyak udara pada rongga paru.</p> <p>Opsi pekak (tidak tepat) karena merupakan perkusi abnormal yang dihasilkan karena berisi jaringan padat. Suara abnormal ini didapatkan karena adanya konsolidasi paru.</p> <p>Opsi shifting dullness (tidak tepat) karena merupakan nama lain dari redup beralih yaitu perkusi abnormal yang dihasilkan karena terdapat cairan bebas dalam rongga paru (pleura).</p> <p>Opsi tympani (tidak tepat) karena merupakan bunyi normal dari abdomen karena berisi gas pada lambung.</p> <p>Somantri, Irman. 2007. Keperawatan Medikal Bedah: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Pernapasan. Jakarta: Salemba Medika.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 161.</b>	

<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat komunitas melakukan pengkajian terhadap kelompok Ibu hamil dengan cara berinteraksi langsung kepada kelompok. Hasil pengkajian berupa pendapat ibu hamil tentang pelayanan kesehatan yang dilakukan perawat di Puskesmas.</p> <p>Apakah jenis data yang diperoleh perawat komunitas?</p> <p>A. Wawancara</p> <p>B. Data primer</p> <p>C. Data sekunder</p> <p>D. Data subjektif</p> <p>E. Data objektif</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Berdasarkan kasus, perawat berinteraksi langsung dengan kelompok ibu hamil, maka jenis data yang diperoleh adalah data subyektif. Data subjektif adalah data yang diperoleh dari keluhan atau masalah atau pendapat yang dirasakan oleh individu, keluarga atau komunitas yang diungkapkan secara lisan.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi "Wawancara" (salah) karena wawancara merupakan cara pengumpulan data bukan jenis data</p> <p>Opsi -Data primer (salah) karena data primer merupakan sumber data yang dikumpulkan pengkaji dari individu, kelompok atau keluarga berdasarkan hasil pengkajian atau pemeriksaan.</p> <p>Opsi Data sekunder (salah) karena merupakan sumber data yang dikumpulkan pengkaji dari sumber lain yang terpercaya seperti data dari kelurahan, catatan riwayat kesehatan pasien</p> <p>Opsi "Data objektif" (salah), karena data objektif diperoleh melalui suatu pengamatan, pemeriksaan dan pengukuran.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 162.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (33 tahun) dirawat di RSJ sejak 2 hari lalu. Pasien tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan teman-temannya dan sering mengurung diri di kamar. Sekarang pasien sudah dirawat oleh keluarga di rumah. Perawat komunitas sedang mengunjungi pasien dan akan memberikan SP keluarga agar keluarga mampu merawat pasien dengan baik.</p> <p>Apakah SP 1 keluarga yang harus diberikan oleh perawat pada kasus tersebut ?</p> <p>A. Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada pasien Isolasi sosial</p> <p>B. Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta akibat isolasi sosial.</p> <p>C. Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat pasien isolasi sosial</p> <p>D. melatih cara berkenalan</p> <p>E. melatih cara bercakap-cakap</p>

<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>DO : pasien tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan teman temannya, pasien sering mengurung diri di kamar.</p> <p>berdasarkan data diatas pasien mengalami masalah isolasi sosial</p> <p>perawat akan memberikan SP 1 keluarga yaitu Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat pasien isolasi sosial</p> <p>Tindakan Keperawatan Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat pasien isolasi sosial</li> <li>2. Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta akibat isolasi sosial. Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada pasien Isolasi sosial</li> <li>3. Menjelaskan cara merawat pasien isolasi sosial             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Latihan cara berkenalan</li> <li>b. Latihan cara bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari.</li> <li>c. Latihan cara berbicara sosial : meminta sesuatu, berbelanja dan sebagainya.</li> </ol> </li> <li>4. Menjelaskan cara memberikan motivasi, bimbingan dan pemberian pujian kepada pasien untuk Latihan</li> </ol> <p>jawaban yang tepat adalah opsi C.</p>
<b>Materi</b>	<p>D3 Keperawatan</p>
<p align="center">Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan <b>Nomor 163.</b></p>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang pasien inpartu, baru saja melahirkan seorang bayi laki-laki 1 menit yang lalu secara spontan. Hasil pengkajian: bayi menangis lemah, warna kulit kemerahan ekstremitas biru, nadi teraba 101x/menit. Pernapasan lemah dan irama napas tidak teratur serta gerakan tonus otot lemah.</p> <p>Apakah klasifikasi nilai skor APGAR pada bayi tersebut?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Asfiksia Ringan</li> <li>B. Gagal Napas</li> <li>C. Asfiksia Berat</li> <li>D. Asfiksia Sedang</li> <li>E. Normal</li> </ol>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban yang benar: D. Asfiksia Sedang</p> <p>Pembahasan:</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. bayi menangis lemah</li> </ol>

2. warna kulit kemerahan ekstremitas biru
3. nadi teraba 101x/menit
4. Pernapasan lemah dan irama napas tidak teratur
5. Gerakan tonus otot lemah.

APGAR Score adalah metode penilaian yang digunakan setelah bayi baru lahir sampai lima menit setelah lahir. Untuk mendapatkan nilai APGAR tersebut, diperlukan perhitungan saat melakukan penilaian sebagai berikut (Sari, H, 2010):

#### 1. Appearance (warna kulit)

Normalnya warna kulit bayi setelah lahir adalah kemerahan atau tidak pucat. Jika saat bayi lahir warna kulitnya pucat, maka diberi nilai 0. Jika hanya pada ekstremitas (tangan atau kaki) pucat atau biru, maka diberi nilai 1. Sedangkan jika warna kulitnya kemerahan, diberikan nilai 2.

#### 2. Pulse / heart rate (frekuensi jantung)

Ketika tidak terdengar suara jantung bayi maka penilaian APGAR adalah 0 (No). Saat suara detak jantung bayi terdengar, namun tidak mencapai 100 x/menit nilai APGAR adalah 1. Normalnya jantung bayi berdetak di atas 100 kali per menit, maka nilai APGAR adalah 2.

#### 3. Grimace (refleks terhadap rangsangan)

Refleks yang dihasilkan bayi umumnya adalah menangis, batuk atau bersin. Jika refleks tersebut ada maka nilai APGAR adalah 2. Apabila saat distimulasi (memberikan rangsang taktil atau yang lainnya) bayi tidak merespons. Maka nilai APGAR adalah 0. Sedangkan, nilai 1 diberikan apabila saat distimulasi, hanya terlihat pergerakan pada wajah bayi.

#### 4. Activity (tonus otot)

Saat bayi lahir, bagian kaki dan tangan secara spontan akan bergerak. gerakan tersebut berupa fleksi (menekuk ke arah diri sendiri) atau ekstensi (seperti gerak meluruskan). Jika gerakan bayi aktif maka penilaian APGAR adalah 2. Apabila bagian ekstremitas hanya sedikit yang fleksi atau seperti lunglai, maka nilainya 1. Sedangkan nilai 0 diberikan apabila tidak ada tonus otot yang terjadi.

#### 5. Respiration (usaha napas)

Apabila bayi menangis kuat tentu usaha napas bayi baik (nilai APGAR 2). Sedangkan jika hanya terdengar suara seperti merintih maka usaha napasnya kurang baik (nilai APGAR 1). Jika bayi tidak menangis sama sekali ini pertanda bahwa tidak ada usaha napas pada bayi (nilai APGAR 0).

Klasifikasi Penilaian APGAR Score :

0 – 3 : Asfiksia berat

Skor APGAR 0-3. Pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung kurang dari 100x / menit, tonus otot buruk, sianosis berat, dan kadang-kadang pucat, refleks iritabilitas tidak ada.

	<p>4 – 6 : Asfiksia sedang</p> <p>Skor APGAR 4-6 pada pemeriksaan fisik akan terlihat frekuensi jantung &gt; 100x/menit, tonus otot kurang baik, sianosis, refleks iritabilitas tidak ada.</p> <p>7 – 10 : Normal</p> <p>Vigorous baby. Skor APGAR 7-10. Dalam hal ini bayi dianggap sehat tidak memerlukan tindakan istimewa.</p> <p>Pada kasus : Bayi menangis lemah nilai skor 1, warna kulit kemerahan ekstremitas biru nilai skor 1, denyut nadi teraba 101x/menit nilai skor 2. Pernapasan lemah dan irama napas tidak teratur nilai skor 1 serta gerakan tonus otot lemah nilai skor 1. Maka nilai apgar pada bayi adalah 6 dengan klasifikasi asfiksia sedang.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 164.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Berdasarkan pengkajian di suatu desa: terdapat 35 % saluran pembuangan air limbah tergenang air dan tidak tertutup, jarak sumber mata air warga dengan pusat pembuangan sampah kurang dari 10 meter. Kandang ternak berdempetan dengan dinding rumah.</p> <p>Apakah intervensi pencegahan primer yang tepat dilakukan?</p> <p>A. Penyuluhan kesehatan lingkungan</p> <p>B. Pengobatan massal</p> <p>C. Pengkajian kesehatan lingkungan</p> <p>D. Pemeriksaan kesehatan</p> <p>E. Pemeliharaan kesehatan lingkungan</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Pembahasan: DO : terdapat 35 % saluran pembuangan air limbah tergenang air dan tidak tertutup, jarak sumber mata air warga dengan pusat pembuangan sampah kurang dari 10 meter. Kandang ternak berdempetan dengan dinding rumah.</p> <p>Berdasarkan data yang ditemukan maka pencegahan primer yang tepat dilakukan adalah memberikan penyuluhan kesehatan lingkungan.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi "pengobatan masal" (salah), karena intervensi ini merupakan bentuk upaya kuratif.</p> <p>Opsi "pengkajian kesehatan lingkungan" (salah), karena kegiatan ini merupakan bentuk tahap pengkajian</p> <p>Opsi "pemeriksaan kesehatan (salah), karena intervensi ini merupakan bentuk intervensi prevensi sekunder</p> <p>Opsi "pemeliharaan kesehatan lingkungan (salah), karena intervensi ini merupakan bentuk intervensi promosi kesehatan</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 165.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (40 tahun) dirawat di RSJ untuk pertama kalinya karna tidak mau bertemu dengan keluarga dan menolak bertemu siapapun. Hasil pengkajian: pasien mengatakan baru saja di PHK dan sudah melamar ketempat kerja baru tapi tidak diterima. Pasien merasa</p>

	<p>putus asa dan malu. Perawat telah memberikan intervensi melatih melakukan aktivitas positif.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan selanjutnya yang tepat untuk pasien ?</p> <p>A. melatih cara berbincang-bincang</p> <p>B.identifikasi kemampuan membuat keputusan Latih</p> <p>C. cara berpartisipasi aktif dalam aktivitas kelompok</p> <p>D. Latih cara tindakan koping alternatif dengan memperluas spiritual diri</p> <p>E. minum obat teratur</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan :</p> <p>DO : pasien tidak mau bertemu dengan keluarga dan menolak untuk bertemu siapapun</p> <p>DS : pasien mengatakan baru saja di PHK dan sudah melamar ketempat kerja baru tapi tidak diterima. Pasien merasa putus asa dan malu</p> <p>dasarkan data masalah yang dihadapi oleh pasien adalah keputusasaan. Perawat telah mengajarkan pasien melakukan aktivitas positif, maka tindakan selanjutnya sesuai SP pada pasien dengan masalah keputusasaan adalah Latih cara berpartisipasi aktif dalam aktivitas kelompok</p> <p>SP 1. Identifikasi kemampuan membuat keputusan dan mengidentifikasi area harapan dalam kehidupan. Identifikasi hubungan dan dukungan sosial yang dimiliki pasien. Latih cara merawat dirinya</p> <p>SP 2. Latih cara melakukan aktivitas positif</p> <p>SP 3. Latih cara berpartisipasi aktif dalam aktivitas kelompok</p> <p>SP 4. Latih cara tindakan koping alternatif dengan memperluas spiritual diri</p> <p>jawaban yang tepat adalah opsi D.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 166.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Perawat akan mengkaji data komunitas berupa usia, karakteristik jenis kelamin dan distribusi ras/etnis.</p> <p>Data apakah yang akan dikaji oleh perawat tersebut?</p> <p>A. Sejarah atau riwayat komunitas</p> <p>B. Tipe keluarga</p> <p>C. Status perkawinan</p> <p>D. Demografi</p> <p>E. Statistik vital</p>

<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Perawat akan mengkaji data komunitas berupa usia, karakteristik jenis kelamin, distribusi ras/etnis. Data yang tepat adalah demografi</p> <p>Tinjauan opsi lain</p> <p>Opsi Sejarah atau riwayat komunitas (tidak tepat) : data berupa riwayat daerah dan perubahan daerah</p> <p>Opsi Tipe keluarga (tidak tepat): data berupa keluarga, bukan keluarga, kelompok</p> <p>Opsi Status perkawinan (tidak tepat) data berupa : kawin, janda/duda, single</p> <p>Opsi Statistik vital (tidak tepat) data berupa kelahiran, kematian kelompok usia, dan penyebab kematian.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 167.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (23 tahun) dirawat di RSJ sejak 2 hari yang lalu. Hasil pengkajian: klien mengatakan takut karena merasa ada ulat mengerayangi seluruh tubuhnya. Setelah dilakukan intervensi sebanyak 8 kali pertemuan, klien sudah mulai menyadari jika ulat-ulat tersebut tidak nyata.</p> <p>Apakah rencana terapi aktivitas kelompok yang tepat diberikan kepada klien?</p> <p>A. Stimulasi persepsi</p> <p>B. Stimulasi sensori</p> <p>C. Orientasi realita</p> <p>D. Sosialisasi</p> <p>E. Modalitas</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban yang tepat : A. stimulasi persepsi.</p> <p>DO : klien mengatakan takut karena merasa ada ulat mengerayangi seluruh tubuhnya. Setelah diintervensi sebanyak 8 kali pertemuan, klien sudah mulai menyadari jika ulat-ulat tersebut tidak nyata.</p> <p>Data-data di atas menunjukkan bahwa klien mengalami masalah keperawatan yaitu halusinasi. Halusinasi perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respons yang berkurang, berlebih atau terdistorsi (SDKI, 2016).</p> <p>Salah satu intervensi keperawatan untuk klien dengan halusinasi adalah terapi aktivitas kelompok (TAK) yaitu TAK stimulasi persepsi, yang terdiri dari yang terdiri dari 5 sesi, di antaranya mengenal halusinasi, mengontrol halusinasi dengan menghardik, mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan, mencegah halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi "stimulasi sensori" (Tidak Tepat), karena lebih tepat diberikan pada klien dengan masalah harga diri rendah dan isolasi sosial yang disertai kurangnya komunikasi verbal.</p>

	<p>Opsi "orientasi" (Tidak Tepat), karena lebih tepat diberikan pada klien dengan gangguan proses pikir seperti waham.</p> <p>Opsi "sosialisasi" (Tidak Tepat), karena lebih tepat diberikan pada klien dengan masalah isolasi sosial</p> <p>Opsi "modalitas" (Tidak Tepat), karena merupakan terapi gangguan jiwa secara umum, dimana TAK merupakan bagian dari terapi modalitas.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 168.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat mengunjungi sebuah rumah. Hasil pengkajian: seorang wanita (21 tahun), hamil pertama 28 minggu. Klien baru sekali memeriksakan kandungan ke Puskesmas saat hamil 24 minggu. Suplemen Fe tidak diminum, karena takut terjadi apa-apa dengan janinnya kalau diminum tiap hari. Konjungtiva pasien pucat dan tampak lemas. Keluarga menganggapnya hal yang biasa.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan keluarga yang tepat dilakukan?</p> <p>A. Menjelaskan tentang nutrisi pada keluarga</p> <p>B. Menganjurkan pada keluarga, untuk menggunakan terapi relaksasi</p> <p>C. Menganjurkan agar keluarga membeli makanan yang tinggi gizinya meskipun mahal.</p> <p>D. Memberikan anjuran untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada</p> <p>E. Menjelaskan pada keluarga tentang anemia pada kehamilan</p>
<b>Pembahasan</b>	<p><b>Pembahasan</b></p> <p>Pembahasan: Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan</p> <p>Data fokus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien hamil 28 minggu</li> <li>- Memeriksa kehamilan hanya 1x</li> <li>- Suplemen Fe dari dokter tidak diminum, karena takut terjadi apa-apa dengan janinnya kalau tiap hari minum obat.</li> <li>- konjungtiva pucat dan kondisinya lemas.</li> <li>- Hal ini tidak dirasakan oleh keluarga sebagai masalah.</li> </ul> <p>Masalah keperawatan keluarga : ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.</p> <p>Dalam mengenal masalah kesehatan keluarga haruslah mampu mengetahui tentang sakit yang dialami pasien. Pada kasus tampak bahwa klien mengalami tanda gejala anemia kehamilan. Tindakan yang tepat adalah menjelaskan pada keluarga tentang anemia pada kehamilan. Dimana anemia pada kehamilan dapat menyebabkan : persalinan prematur, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, asfiksia intrauterin sampai kematian, BBLR, gestosis dan mudah terkena infeksi, IQ rendah dan bahkan bisa mengakibatkan kematian.</p> <p>Tinjauan opsi lainnya:</p>



	<p>Opsi Menjelaskan tentang nutrisi pada keluarga kurang tepat karena kurang adanya data yang menggambarkan mengenai pemenuhan nutrisi pada klien</p> <p>Opsi Mengajukan pada keluarga, untuk menggunakan terapi relaksasi tidak tepat karena tidak ada hubungan dengan penyakit klien.</p> <p>Opsi Memberikan anjuran untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada kurang tepat karena klien ada memanfaatkan anke meskipun tidak optimal.</p> <p>Opsi Mengajukan agar keluarga membeli makanan yang tinggi gizinya meskipun mahal kurang tepat.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan

**Nomor 169.**

<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (18 tahun) post appendectomy mendapat terapi 1,2 L D5 dengan kebutuhan cairan 50 ml/jam.</p> <p>Berapa jumlah tetesan infus yang harus diatur oleh perawat dalam 1 menit? (faktor tetes = 15)</p> <p>A. 17 tts/menit</p> <p>B. 24 tts/menit</p> <p>C. 13 tts/menit</p> <p>D. 42 tts/menit</p> <p>E. 26 tts/menit</p>
-------------	---

**Pembahasan**

**Pembahasan**

Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan

Diketahui:

- Kebutuhan cairan: 1,2 L D5 = 1200 ml
- Flow rate: 50 ml / jam

Penghitungan:

Flow rate = total cairan yang dibutuhkan

-----

Waktu yang ditentukan (jam)

Waktu yg dibutuhkan

= total cairan yang dibutuhkan

-----

Flow rate

= 1200 ml

----- = 24 jam

50 ml / jam

	<p>Jumlah tetesan infus</p> <p>= total cairan yang dibutuhkan</p> <p>----- x faktor tetes</p> <p>Waktu yang ditentukan (menit)</p> <p>= 1200</p> <p>----- x 15</p> <p>(24 x 60)</p> <p>= 12,5 tetes / menit = 13 tts/menit</p> <p>ATAU</p> <p>Jumlah tetesan infus</p> <p>= total cairan yang dibutuhkan 1</p> <p>----- x -----</p> <p>Waktu yang ditentukan (jam) (60 : faktor tetes)</p> <p>= 1200 1 1200</p> <p>----- x ----- = -----</p> <p>24 (60 : 15) 48</p> <p>= 12,5 tetes / menit = 13 tetes/menit</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
Bimbel Papan Tenaga Kesehatan <b>Nomor 170.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang laki-laki (28 tahun) dirawat di RS dengan AIDS. Hasil pengkajian: pasien mengeluh sesak napas dan batuk berdahak, tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 86x/menit, frekuensi napas 30x/menit. Pasien akan dilakukan pemeriksaan labor untuk mengetahui status imunitas pada pasien</p> <p>Apakah jenis pemeriksaan yang tepat dilakukan?</p> <p>A.CD4</p> <p>B.Test ELISA</p> <p>C.Western blot</p> <p>D.Mantoux test</p> <p>E.Hitung Leukosit</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>AIDS (acquired Immunodeficiency Syndrome) adalah kumpulan gejala klinis yang merupakan hasil akhir dari infeksi HIV dan menandakan infeksi HIV yang sudah berlangsung lama (Price &amp; wilson, 2006). Replikasi virus yang terus berlangsung mengakibatkan semakin beratnya kerusakan sistem kekebalan tubuh dan kerentanan terhadap infeksi. Infeksi yang timbul sebagai akibat dari gangguan sistem imun dinamakan infeksi oportunistik (Brunner &amp; Suddarth, 2002).</p>

	<p>Opsi jawaban D “Mantoux test” (Salah)</p> <p>Mantoux / tuberculin skin test merupakan tes yang dilakukan untuk mendiagnosis penyakit Tuberkulosis. Mantoux test dilakukan dengan menyuntikkan suatu protein yang berasal dari kuman TBC ke bawah kulit.</p> <p>Opsi jawaban B “Test Elisa” (Salah)</p> <p>ELISA (enzym-linked immunsorbent assay) merupakan pemeriksaan untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap HIV. ELISA bereaksi terhadap antibodi yang ada dalam serum dengan memperlihatkan warna yang lebih tua jika terdeteksi antibodi virus dalam jumlah besar.</p> <p>Opsi jawaban C “Western blot” (Salah)</p> <p>Pemeriksaan Western blot adalah pemeriksaan yang lebih spesifik untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap HIV.</p> <p>Opsi jawaban A “CD4” (Benar)</p> <p>Pemeriksaan CD4 adalah pemeriksaan laboratorium untuk memeriksa jumlah sel CD4 di dalam darah. CD4 merupakan bagian sel darah putih yang bertugas untuk menjaga kekebalan tubuh. Metode pemeriksaan CD4 menggambarkan fungsi sistem imun secara garis besar.</p> <p>Opsi jawaban E “Hitung Leukosit” (Salah)</p> <p>Leukosit adalah sel darah putih yang diproduksi oleh jaringan hemopoetik yang berfungsi untuk membantu tubuh melawan berbagai penyakit infeksi sebagai bagian dari sistem kekebalan tubuh. Peningkatan jumlah leukosit (disebut Leukositosis) menunjukkan adanya proses infeksi atau radang akut.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan      Bimbel Persiapan Tenaga Kesehatan
<b>Nomor 171.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan ( 20 tahun) dibawa ke puskesmas dengan Cedera Kepala Ringan. Hasil pengkajian: tingkat kesadaran pasien penuh, nyeri skala 4 , pusing, muntah ( - ), jejas pada frontal kiri. Saat ini, pasien mendapatkan perawatan rumah. Pasien bertanya kepada perawat terkait cara menghilangkan bengkak di kepala.</p> <p>Apakah tindakan yang tepat dilakukan perawat?</p> <p>A. Kompres dingin</p> <p>B. Anjurkan minum air hangat</p> <p>C. Kompres air biasa</p> <p>D. Kompres hangat</p> <p>E. Istirahat</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>DO : kesadaran penuh, , muntah (-), jejas pada frontal kiri.</p> <p>DS : nyeri skala 4, pusing, Pasien bertanya kepada perawat cara menghilangkan bengkak di kepala.</p> <p>Tindakan yang sebaiknya dilakukan adalah Kompres Dingin.</p> <p>Kompres dingin biasa dipakai untuk daerah yang bengkak atau memar.</p> <p>Pada kompres dingin, suhu yang rendah dapat merangsang penyempitan</p>

	<p>diameter pembuluh darah dan memperlambat aliran darah yang menuju ke lokasi cedera. Pada daerah yang cedera terjadi proses peradangan dan kerusakan pembuluh darah yang akan menyebabkan sel-sel darah keluar dari pembuluh darah dan menyebabkan sel-sel darah keluar dari pembuluh darah dan menyebabkan kulit berwarna merah kebiruan. Es atau air dingin dapat menurunkan jumlah darah yang keluar tersebut. Penurunan aliran darah ini akan menyebabkan berkurangnya zat-zat perangsang inflamasi yang bergerak menuju lokasi cedera sehingga dapat mengurangi bengkak dan nyeri.</p> <p>Tinjauan opsi lain:  Opsi Anjurkan Minum Air Hangat (Tidak Tepat), karena minum air hangat biasanya digunakan untuk mengencerkan sputum.  Opsi Kompres Air Biasa (Tidak Tepat), karena tidak akan dapat mengurangi bengkak atau nyeri.  Opsi Kompres Hangat (Tidak Tepat) karena kompres hangat biasa digunakan untuk meredakan nyeri otot atau sendi, menurunkan demam.  Opsi Istirahat (Tidak Tepat), karena dengan istirahat saja tidak mengurangi bengkak atau nyeri.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 172.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (27 tahun) dirawat di bangsal kebidanan RS dengan postpartum hari ke-2. Status obstetri P1A0H1, pasien berada pada periode Taking Hold. Saat ini, perawat sedang melakukan pengkajian kepada pasien. Apakah kondisi ideal yang TIDAK ditunjukkan pasien pada periode ini?</p> <p>A. Mulainya minat pasien untuk memenuhi kebutuhan bayi  B. Pasien mulai mandiri dalam perawatan diri  C. Pasien sangat tergantung pada orang lain  D. Pasien terbuka pada pengajaran perawatan  E. Fokus perhatian pasien mulai beralih pada bayi</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Pasien postpartum hari ke – 2 pada masa taking hold. Menurut Rubin (1977) dalam Palupi (2013), pada masa postpartum seorang ibu akan melalui tiga periode adaptasi psikologis yang disebut “Rubin Maternal Phases”, yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periode Taking In <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase ini disebut juga fase ketergantungan.</li> <li>• Dimulai setelah persalinan,</li> <li>• Ibu masih berfokus dengan dirinya sendiri</li> <li>• bersikap pasif dan masih sangat tergantung pada orang lain di sekitarnya.</li> </ul> </li> <li>2. Periode Taking Hold <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase ini disebut juga fase transisi antara ketergantungan dan kemandirian.</li> <li>• Terjadi antara hari kedua dan ketiga postpartum</li> <li>• Ibu mulai menunjukkan perhatian pada bayinya</li> <li>• Berminat untuk belajar memenuhi kebutuhan bayinya.</li> <li>• Tenaga ibu pulih kembali secara bertahap</li> <li>• Ibu merasa lebih nyaman,</li> <li>• Fokus perhatian mulai beralih pada bayi,</li> <li>• Ibu sangat antusias dalam merawat bayinya,</li> </ul> </li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu mulai mandiri dalam perawatan diri</li> <li>• Ibu terbuka pada pengajaran perawatan.</li> <li>• Saat ini merupakan saat yang tepat untuk memberi informasi tentang perawatan bayi dan diri sendiri. Pada fase ini juga terdapat kemungkinan terjadinya postpartum blues.</li> </ul> <p>3. Periode Letting Go</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase ini disebut juga fase mandiri.</li> <li>• Pada fase ini berlangsung antara dua sampai empat minggu setelah persalinan ketika ibu mulai menerima peran barunya.</li> <li>• Ibu melepas bayangan persalinan dengan harapan yang tidak terpenuhi serta mampu menerima kenyataan.</li> </ul> <p>Pada fase ini tidak semua ibu postpartum mampu beradaptasi secara psikologis sehingga muncul gangguan mood yang berkepanjangan ditandai dengan adanya perasaan sedih, murung, cemas, panik, mudah marah, kelelahan, disertai gejala depresi seperti gangguan tidur dan selera makan, sulit berkonsentrasi, perasaan tidak berharga, menyalahkan diri dan tidak mempunyai harapan untuk masa depan. Hal ini juga merupakan pencetus berbagai reaksi psikologis, mulai dari reaksi emosional ringan, hingga meningkat gangguan jiwa yang berat.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 173.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan (40 tahun) datang ke poliklinik RSJ, keluarganya mengatakan pasien tidak mau bicara dan suka menyendiri sejak mengalami gagal ginjal 2 bulan yang lalu. Hasil pengkajian: pasien tampak pendiam, penampilan tidak rapi, kuku kotor, sesekali menggaruk-garuk kepala dan badannya.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang tepat dilakukan pertama kali?</p> <p>A. Membina hubungan saling percaya</p> <p>B. Melatih cara berkenalan dengan satu orang</p> <p>C. Melatih makan dan minum secara mandiri</p> <p>D. Melatih pasien berdandan/berhias dengan baik</p> <p>E. Melatih pasien cara perawatan kebersihan diri</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>DS :</p> <p>-Keluarga mengatakan pasien tidak mau bicara dan suka menyendiri sejak mengalami gagal ginjal 2 bulan yang lalu</p> <p>DO :</p> <p>-Pasien tampak pendiam</p> <p>-Penampilan tidak rapi</p> <p>-Kuku kotor</p> <p>-Sesekali tampak menggaruk-garuk kepala dan badannya</p> <p>Masalah keperawatan : Defisit Perawatan Diri</p> <p>Menurut Herdman dalam Nurhalimah (2016) defisit perawatan diri adalah suatu gangguan didalam melakukan aktivitas perawatan diri</p>

	<p>(kebersihan diri, berhias, makan dan minum, toileting).</p> <p>Tindakan keperawatan dengan defisit perawatan diri yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latih cara menjaga kebersihan diri : mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut dan potong kuku</li> <li>2. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, rias muka untuk wanita, sisiran, cukuran untuk pria</li> <li>3. Latih cara makan dan minum yang baik</li> <li>4. Latih eliminasi dan toileting yang baik</li> </ol> <p>Jawaban yang tepat: melatih pasien cara perawatan kebersihan diri (c)</p> <p>Hasil pengkajian perawat telah menemukan masalah yang dialami klien, maka tindakan keperawatan selanjutnya dengan pasien defisit perawatan diri yaitu latih pasien cara perawatan kebersihan diri.</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsi bina hubungan saling percaya (tidak tepat) karena perawat sudah mengetahui masalah pada klien.</li> <li>- Opsi melatih pasien cara berkenalan dengan satu orang (tidak tepat), karena latihan ini dilakukan pada pasien dengan isolasi sosial meskipun awal masuk ke RSJ dengan masalah keperawatan isolasi sosial, namun masalah yang dialami pasien saat ini adalah defisit perawatan diri.</li> <li>- Opsi melatih pasien berdandan/berhias dengan baik (tidak tepat), karena latihan ini dilakukan setelah pasien melakukan cara perawatan kebersihan diri secara mandiri</li> <li>- Opsi melatih makan dan minum secara mandiri (tidak tepat), tindakan ini dilakukan setelah pasien mampu berdandan/berhias dengan baik secara mandiri.</li> </ul> <p>Nurhalimah. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan : Keperawatan Jiwa. Jakarta Selatan : Kemenkes RI</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 174.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang klien (45 tahun) datang ke Poli RS dengan keluhan sering batuk berdahak. Hasil pengkajian: keluarga mengatakan klien menderita Tuberculosis, keluarga mengatakan klien berhenti minum OAT karena merasa mual, sulit mengeluarkan dahak karena tidak tahu cara batuk yang benar, dan sering membuang dahak di sembarang tempat.</p> <p>Apakah masalah keperawatan yang tepat?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Defisit Pengetahuan</li> <li>B. Nausea</li> <li>C. Intoleransi Aktivitas</li> <li>D. Pola Napas Tidak Efektif</li> <li>E. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif</li> </ol>
<b>Pembahasan</b>	Pembahasan

	<p>Jawaban: E. Bersihan jalan napas tidak efektif</p> <p>DS : sering batuk produktif, keluarga mengatakan klien menderita Tuberculosis, keluarga mengatakan klien berhenti minum OAT karena merasa mual, sulit mengeluarkan dahak karena tidak tahu cara batuk yang benar dan sering membuang dahak di sembarang tempat.</p> <p>Masalah Keperawatan : Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif</p> <p>Data kunci diangkatkannya diagnosis "Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif " pada kasus, di antaranya: batuk tidak efektif dan sulit mengeluarkan dahak.</p> <p>Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif merupakan Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk memepertahankan jalan napas tetap paten (SDKI, 2016).</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi Nausea (Tidak Tepat), karena tidak ada data penguat lainnya diangkatnya diagnosis berupa perasaan tidak nyaman pada tenggorokan, peningkatan saliva, merasa asam pada mulut, pucat, diaforesis</p> <p>Opsi Intoleransi Aktivitas (Tidak Tepat), karena tidak ada data penguat diangkatkannya diagnosis berupa keluhan tidak nyaman setelah beraktivitas.</p> <p>Opsi Pola Napas tidak efektif (Tidak Tepat), karena tidak ada data penguat diangkatkannya diagnosis berupa penggunaan otot bantu pernapasan dan pola napas abnormal.</p> <p>Opsi Defisit Pengetahuan (Tidak Tepat), karena tidak ada data penguat diangkatkannya diagnosis berupa menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 175.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat di ruangan bangsal penyakit dalam mendapat tanggung jawab mengelola seorang pasien dengan SLE. Pasien mendapatkan perawatan langsung selama 8 jam dan perawatn tidak langsung selama 2 jam.</p> <p>Apa tingkat ketergantungan perawatan pada pasien?</p> <p>A. Intensive care</p> <p>B. Minimal care</p> <p>C. Self-care</p> <p>D. Modified intensive care</p> <p>E. Intermediate care</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan:</p> <p>Data fokus: Pasien mendapatkan perawatan langsung selama 8 jam dan perawatan tidak langsung selama 2 jam. Sehingga total perawatan selama 10 jam.</p>

	<p>Jawaban tepat: A. intensive care pada intensive care biasanya membutuhkan 10 - 14 jam dengan waktu rata-rata efektif 12 jam / 24 jam</p> <p>Jawaban tidak tepat:</p> <p>-Opsi self-care: tidak tepat. Biasanya membutuhkan waktu 1 - 2 jam dengan waktu rata-rata efektif, 1,5 jam / 24 jam</p> <p>-Opsi minimal care: tidak tepat. Biasanya membutuhkan 3 - 4 jam dengan waktu rata-rata efektif 3,5 jam / 24 jam.</p> <p>-Opsi modified intensive care: kurang tepat. Biasanya membutuhkan 7 - 8 jam dengan waktu rata-rata efektif 7,5 jam / 24 jam</p> <p>-Opsi intermediate care: tidak tepat. Biasanya membutuhkan 5 - 6 jam dengan waktu rata-rata efektif 5,5 jam / 24 jam</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 176.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perawat membaca hasil pemeriksaan EKG seorang perempuan ( 22 tahun) yang mengalami sesak napas akibat menghirup asap kebakaran. Hasil EKG menunjukkan irama sinus takikardi.</p> <p>Manakah bagian dari gelombang EKG yang menunjukkan fase repolarisasi ventrikel?</p> <p>A. T</p> <p>B. P</p> <p>C. kompleks QRS</p> <p>D. garis isoelektrik</p> <p>E. segmen ST</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>EKG merupakan salah satu prosedur klinik yang digunakan untuk mendapatkan grafik yang menggambarkan rekaman aktivitas kelistrikan jantung.</p> <p>Grafik EKG berupa gelombang-gelombang yang masing-masingnya menggambarkan aktivitas jantung (Lilly, 2007):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelombang P: SA node tereksitasi, menggambarkan depolarisasi atrium, fase sistolik atrium</li> <li>- Gelombang kompleks QRS: AV bundle tereksitasi, depolarisasi ventrikel</li> <li>- Gelombang T: repolarisasi ventrikel</li> <li>- Garis isoelektrik antara P dan Q: depolarisasi atrium lengkap</li> <li>- Garis isoelektrik antara S dan T: depolarisasi ventrikel lengkap</li> <li>- Garis isoelektrik setelah T: repolarisasi ventrikel lengkap</li> </ul>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 177.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang wanita ( 36 tahun) dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: klien tampak sering menunduk, sering menyendiri, klien mengatakan merasa bersalah karena terlahir ke dunia dan hanya menyusahkan keluarga karena merasa tidak mampu melakukan apapun.</p> <p>Apakah tindakan keperawatan yang dilakukan setelah terbinanya hubungan saling percaya?</p>



	<p>A. Mengidentifikasi tanda gejala, penyebab, akibat serta untung rugi tidak memiliki teman.</p> <p>B. Memberikan reinforcement positif</p> <p>C. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki oleh klien</p> <p>D. Melatih kemampuan yang dipilih oleh klien</p> <p>E. Melatih klien cara berkenalan</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban yang tepat : C. mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif diri.</p> <p>DO : klien tampak sering menunduk, sering menyendiri, klien mengatakan merasa bersalah karena terlahir kedunia, dan hanya menyusahkan keluarga karena merasa tidak mampu melakukan apapun. Data-data di atas menunjukkan bahwa klien mengalami masalah keperawatan yaitu harga diri rendah, dimana tindakan keperawatan yang tepat dilakukan setelah terbina hubungan saling percaya ialah mengidentifikasi kemampuan atau aspek positif diri.</p> <p>Harga diri rendah adalah evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terusmenerus ataupun terjadi sebagai respons terhadap situasi saat ini.</p> <p>adapun SP harga diri rendah adalah:</p> <p>SP 1 mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien, membantu klien menilai kemampuan yang masing dapat digunakan, membantu klien memilih atau menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian.</p> <p>SP 2 melatih klien melakukan kegiatan ke dua yang sesuai dengan kemampuan klien.</p> <p>SP 3 melatih klien melakukan kegiatan ketiga yang sesuai dengan kemampuan klien</p> <p>SP 4 melatih klien melakukan kegiatan ke empat yang sesuai dengan kemampuan klien</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi "mengidentifikasi tanda gejala, penyebab, akibat serta untung rugi tidak memiliki teman." (Tidak Tepat), karena merupakan tindakan keperawatan untuk klien dengan masalah isolasi sosial.</p> <p>Opsi "memberikan reinforcement positif" (Tidak Tepat), karena lebih tepat diberikan setelah klien mampu melakukan suatu kegiatan, misalnya setelah klien mampu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, berikan pujian dan hindari penilaian negatif untuk meningkatkan harga diri klien.</p> <p>Opsi "melatih kemampuan yang dipilih" (Tidak Tepat), karena merupakan tindakan yang dilakukan setelah mengidentifikasi kemampuan dan menilai kemampuan yang masih bisa digunakan oleh klien.</p> <p>Opsi "melatih cara berkenalan-(Tidak Tepat), karena merupakan tindakan keperawatan untuk klien dengan masalah isolasi sosial.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 178.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang anak (2 tahun) dibawa ke Klinik dengan keluhan demam sejak 2 hari yang lalu. Hasil pengkajian: kulit teraba hangat dan tampak merah, frekuensi nadi 150x/menit,</p>

	<p>frekuensi napas 41x/menit, suhu 38,2 C.</p> <p>Apakah tindakan pertama yang dilakukan perawat?</p> <p>A. Memberikan kompres hangat</p> <p>B. Memberikan cairan intravena</p> <p>C. Memberikan paracetamol</p> <p>D. Memantau TTV</p> <p>E. Memberikan antibiotik</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban : A. Memberikan kompres hangat</p> <p>Pembahasan:</p> <p>Data fokus masalah : kulit teraba hangat dan tampak merah, suhu 38,2 C. frekuensi nadi 150 x/menit, frekuensi napas 41x/menit,</p> <p>Hipertermi menurut SDKI, 2016 adalah suhu tubuh meningkat di atas rentang normal. Nilai normal suhu tubuh menurut Depkes RI yaitu 36 C - 37,5 C. Tindakan keperawatan pada pasien dengan hipertermi yaitu perawatan demam (NIC, 2010).</p> <p>Kompres hangat adalah salah satu tindakan mandiri yang dilakukan oleh perawat. Kompres adalah salah satu metode fisik untuk menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami demam. Pemberian kompres hangat pada pembuluh darah besar merupakan upaya memberikan rangsangan pada area preoptik hipotalamus agar menurunkan suhu tubuh. Sinyal hangat yang dibawa oleh darah ini menuju hipotalamus akan merangsang area preoptik mengakibatkan pengeluaran sinyal oleh sistem efektor. Sinyal ini akan menyebabkan pengeluaran panas tubuh yang lebih banyak melalui dua mekanisme yaitu dilatasi pembuluh darah dan berkeringat (Potter &amp; Perry, 2005).</p> <p>Tinjauan opsi lain :</p> <p>Opsi “Memberikan paracetamol” (kurang tepat), paracetamol memang merupakan salah satu terapi penurun panas namun ini merupakan tindakan kolaborasi perawat dengan dokter</p> <p>Opsi “Memberikan cairan intravena” (Tidak tepat), karena ini merupakan tindakan kolaborasi dokter dan perawat. Tujuan pemberian terapi intra vena untuk menggantikan kehilangan cairan dan zat-zat makanan dari tubuh dan pada kasus belum terdapat tanda bahwa anak mengalami kekurangan cairan</p> <p>Opsi “Memantau TTV” (Kurang tepat), karena pada pengkajian suhu tubuh pasien mengalami peningkatan 38,2 C, maka tindakan pertama diberikan yaitu mengembalikan suhu tubuh dalam rentang normal setelah itu baru memantau TTV</p> <p>Opsi “Memberikan antibiotik” (Tidak tepat), karena antibiotik digunakan untuk menekan atau menghentikan perkembangan bakteri atau mikroorganisme berbahaya yang berada di dalam tubuh</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan

<b>Soal</b>	<p>Suatu puskesmas di kelurahan A melakukan kunjungan ke salah satu Sekolah Dasar di daerah setempat. Perawat puskesmas tersebut bekerja sama dengan UKS Sekolah Dasar tersebut dalam melakukan kegiatan pemeriksaan gigi, mata, dan telinga pada siswa-siswi kelas II dan III.</p> <p>Apakah upaya kesehatan yang dilakukan oleh perawat tersebut?</p> <p>A.Promotif</p> <p>B.Preventif sekunder</p> <p>C.Preventif primer</p> <p>D.Preventif tersier</p> <p>E.Pendidikan kesehatan</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Data fokus; Perawat puskesmas tersebut bekerja sama dengan UKS Sekolah Dasar tersebut dalam melakukan kegiatan pemeriksaan gigi, mata, dan telinga pada siswa-siswi kelas II dan III. Melakukan pemeriksaan kesehatan merupakan salah satu tindakan preventif sekunder (IPKKI,2017). Maka jawaban yang tepat adalah “B”. Pencegahan dalam komunitas ada 3 (IPKKI,2017) :</p> <p>Pencegahan primer : Ditujukan pada individu, kelompok, masyarakat yang sehat. kegiatannya diarahkan pada pencegahan sebuah masalah sebelum masalah tersebut terjadi.</p> <p>Pencegahan sekunder : Ditujukan pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang berisiko. Kegiatan pencegahan mengacu pada deteksi dini dan intervensi segera selama periode awal patogenesis penyakit.</p> <p>Pencegahan tersier : Ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat pada masa pemulihan setelah mengalami masalah kesehatan.</p> <p>Upaya kesehatan yang dilakukan setelah sakit yang bertujuan untuk mengembalikan fungsi tubuh serta meminimalkan komplikasi.</p> <p>Tinjauan opsi lain</p> <p>Opsi “Promotif” (tidak tepat) karena tidak ada data yang menjelaskan perawat melakukan penyuluhan kesehatan.</p> <p>Opsi “Preventif primer” (tidak tepat) karena tidak ada data yang menjelaskan perawat melakukan tindakan seperti imunisasi dll.</p> <p>Opsi “Preventif tersier” (tidak tepat) karena tidak ada data yang menjelaskan perawat melakukan tindakan pengembalian individu/masyarakat karena kurang optimalnya kesehatan.</p> <p>Opsi “Pendidikan kesehatan” (tidak tepat) karena tidak ada data yang menjelaskan perawat melakukan pendidikan kesehatan.</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan
<b>Nomor 180.</b>	
<b>Soal</b>	<p>Seorang perempuan ( 28 tahun) dilarikan ke IGD RS dengan penurunan kesadaran setelah jatuh di kamar mandi. Hasil pengkajian: Pasien membuka mata saat dipanggil namun mengalami disorientasi waktu dan tempat, saat diberikan rangsang nyeri pasien menepis tangan perawat.</p> <p>Apakah interpretasi GCS pasien tersebut?</p> <p>A. E3M4V5</p> <p>B. E3M5V4</p>

	<p>C. E4M3V5</p> <p>D. E4M5V3</p> <p>E. E4M3V4</p>
<b>Pembahasan</b>	<p>Pembahasan</p> <p>Jawaban benar: B. E3M5V4</p> <p>Cara menghitung skor GCS pasien adalah berdasarkan skala glasgow coma skale yaitu:</p> <p>Respons membuka mata (E):</p> <p>4: Spontan</p> <p>3: Perintah Verbal</p> <p>2: Nyeri</p> <p>1: Tidak ada respons</p> <p>Respons Motorik (M) :</p> <p>6: Mengikuti Perintah</p> <p>5: Mengetahui letak rangsang nyeri</p> <p>4: Fleksi terhadap nyeri</p> <p>3: Fleksi abnormal</p> <p>2: Ekstensi</p> <p>1: Tidak ada respons</p> <p>Respons Verbal (V) :</p> <p>5: Orientasi baik dan bicara jelas</p> <p>4: Disorientasi waktu dan tempat</p> <p>3: Kata-kata yang tidak tepat</p> <p>2: Suara yang tak berarti</p> <p>1: Tidak ada respons</p> <p>(Brunner &amp; Sudart, 2010)</p> <p>Jadi hasil interpretasi GCS pasien adalah:</p> <p>Eye: Perintah Verbal (3)</p> <p>Motoric: mengetahui letak rangsang nyeri (5)</p> <p>Verbal : Disorientasi waktu dan tempat (4)</p> <p>E3M5V4</p> <p>Tinjauan opsi lain:</p> <p>Opsi "E3M4V5" tidak tepat karena tidak sesuai dengan prinsip penghitungan nilai GCS</p> <p>Opsi "E4M3V5" tidak tepat karena tidak sesuai dengan prinsip penghitungan nilai GCS</p> <p>Opsi "E4M5V3" tidak tepat karena tidak sesuai dengan prinsip penghitungan nilai GCS</p> <p>Opsi "E4M3V4" tidak tepat karena tidak sesuai dengan prinsip penghitungan nilai GCS</p>
<b>Materi</b>	D3 Keperawatan