

SUKSES UJI KOMPETENSI PERAWAT MENUJU KOMPETEN 100%

Penulis :

Ns. Siti Riskika, S. Kep., M. Kep
Ns. Mita Febrianti, S. Kep., M. Kep
Ns. Luckyta Wahyu Wulandari, S. Kep., M. Kep
Ns. Leni Agustin, S. Kep., M. Kep
Ns. Yuana Dwi Agustin, SKM., S. Kep., M. Kes., PhDN
Ns. Rany Agustin Wulandari, S. Kep., M. Kep
Ns. Ardila Lailatul Barik, S. Kep., M. Kep

Editor :

Ns. Damon Wicaksi, SST., M. Kes
Ns. Hanan Alawiyah Al Joeffie, S. Kep

Ns. Siti Riskika, S. Kep., M. Kep
Ns. Mita Febrianti, S. Kep., M. Kep
Ns. Luckyta Wahyu Wulandari, S. Kep., M. Kep
Ns. Leni Agustin, S. Kep., M. Kep
Ns. Yuana Dwi Agustin, SKM., S. Kep., M. Kes., PhDN
Ns. Rany Agustin Wulandari, S. Kep., M. Kep
Ns. Ardila Lailatul Barik, S. Kep., M. Kep

SUKSES UJI KOMPETENSI PERAWAT MENUJU KOMPETEN 100%



Diterbitkan oleh:



BRANDED
TECH
PUBLISHER

Sukses Uji Kompetensi Perawat Menuju Kompeten 100%

Ditulis Oleh: Ns. Siti Riskika, S. Kep., M. Kep
Ns. Mita Febrianti, S. Kep., M. Kep
Ns. Luckyta Wahyu Wulandari, S. Kep., M. Kep
Ns. Leni Agustin, S. Kep., M. Kep
Ns. Yuana Dwi Agustin, SKM., S. Kep., M. Kes., PhDN
Ns. Rany Agustin Wulandari, S. Kep., M. Kep
Ns. Ardila Lailatul Barik, S. Kep., M. Kep

ISBN : Proses Pengajuan
Halaman : viii, 144, Uk: 15.5 x23 cm
Cetakan Pertama: Oktober 2026

Editor : Ns. Damon Wicaksi, SST., M. Kes
Ns. Hanan Alawiyah Al Joeffie, S. Kep

Layouter : Branded Tech Publisher
Desain Cover : Branded Tech Publisher

Diterbitkan Pertama Kali Oleh :
Branded Tech Publisher
(Grup Penerbitan CV Branded Tech Indonesia)

Alamat: Dusun Krajan RT 02 RW 01 Tempuran Bantaran
Probolinggo Jawa Timur 67261| Hp : 0811101665
Website: www.brandedtechpublisher.biz.id
E-mail: brandedtechindonesia@gmail.com

Anggota IKAPI Nomor: 458/JTI/2025

Tanggal: 1 November 2025

Hak Cipta pada penulis, Isi diluar tanggung jawab percetakan
Copyright © 2026 by Branded Tech Publisher | All Right Reserved
Hak cipta dilindungi undang-undang, dilarang keras
menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian
atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga buku Latihan Soal-soal Ujian Kompetensi (UKOM) untuk Mahasiswa D3 Keperawatan Indonesia Edisi Kesatu ini dapat diterbitkan.

Ujian Kompetensi merupakan tahap penting bagi mahasiswa keperawatan untuk membuktikan kesiapan diri sebelum memasuki dunia pelayanan kesehatan. Keberhasilan dalam UKOM menunjukkan bahwa seorang calon perawat memiliki pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional yang memadai untuk memberikan asuhan keperawatan yang aman dan bermutu. Karena itu, persiapan yang terarah dan latihan yang cukup sangat diperlukan.

Buku ini disusun sebagai sarana belajar mandiri bagi mahasiswa D3 Keperawatan. Soal-soal di dalamnya disusun mengacu pada kisi-kisi dan blueprint UKOM yang berlaku, mencakup kompetensi dasar keperawatan, keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan jiwa, keperawatan gawat darurat, keperawatan komunitas dan gerontik, serta manajemen keperawatan. Setiap soal dilengkapi kunci jawaban dan pembahasan agar pembaca tidak hanya mengetahui jawaban yang benar, tetapi juga memahami penalaran klinis di baliknya.

Kami berharap buku ini membantu mahasiswa mengenali pola soal, mengukur tingkat penguasaan materi, dan membangun kepercayaan diri menjelang ujian. Namun, buku ini bukan pengganti buku teks dan pengalaman praktik klinik. Kami menyarankan pembaca menggunakannya bersama sumber belajar utama.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan dan penerbitan

buku ini, baik penulis, editor, rekan sejawat, institusi pendidikan, maupun tim penerbit. Sebagai edisi pertama, buku ini tentu masih memiliki kekurangan. Kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan demi penyempurnaan pada edisi berikutnya.

Semoga buku ini bermanfaat bagi para mahasiswa dan turut berkontribusi pada lahirnya perawat Indonesia yang kompeten, profesional, dan berintegritas.

Bondowoso, Oktober 2026



Tim Penulis

BRANDED
TECH
PUBLISHER

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	V
DAFTAR ISI	VII
BAB I SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN MATERNITAS.....	1
A. SOAL	1
B. PEMBAHASAN, RASIONAL DAN JAWABAN	4
BAB II SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN GERONTIK.....	13
A. SOAL	13
B. PEMBAHASAN, RASIONAL DAN JAWABAN	18
BAB III SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT	33
A. SOAL	33
B. PEMBAHASAN, RASIONAL DAN JAWABAN	42
BAB IV SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT	55
A. SOAL	55
B. PEMBAHASAN, RASIONAL DAN JAWABAN	62
BAB V SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN MATERNITAS	73
A. SOAL	73
B. PEMBAHASAN, RASIONAL DAN JAWABAN	77
BAB VI SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN JIWA.....	85
A. SOAL	85
B. PEMBAHASAN, RASIONAL DAN JAWABAN	90
BAB VII SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN KELUARGA.....	97
A. SOAL	97
B. PEMBAHASAN, RASIONAL DAN JAWABAN	101
BAB VIII SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN GERONTIK.....	116
A. SOAL	116
B. PEMBAHASAN, RASIONAL DAN JAWABAN	121
DAFTAR PUSTAKA.....	137

PROFIL PENULIS	141
----------------------	-----



BRANDED
TECH
PUBLISHER

BAB I

SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN MATERNITAS

Ns. Siti Riskika, S. Kep., M.Kep

A. Soal

1. Seorang perawat sedang memberikan penjelasan pada seorang wanita hamil tentang efek fisiologis dan perubahan hormonal selama kehamilan. Wanita tersebut menanyakan kepada perawat tentang fungsi estrogen. Manakah jawaban perawat tentang fungsi estrogen?
 - a. Membuat lapisan uterus untuk proses implantasi
 - b. Merangsang metabolisme glukosa dan mengubah glukosa menjadi lemak
 - c. Merangsang perkembangan uterus untuk memberikan lingkungan bagi janin dan merangsang kelenjar payudara untuk persiapan proses laktasi
 - d. Mencegah involusi korpus luteum dan mempertahankan produksi progesterone sampai plasenta terbentuk
 - e. Menstimulasi kematangan sel sistem reproduksi wanita
2. Seorang mahasiswa perawat diminta untuk menjelaskan ukuran uterus pada klien yang tidak hamil. Respon yang manakah yang mengindikasikan pemahaman tentang struktur uterus?
 - a. Berat uterus sekitar 2 ons
 - b. Berat uterus sekitar 2,2 pon

- c. Uterus mempunyai daya tamping sekita 50 mm
 - d. Bentuk uterus adalah bulat dengan berat sekitar 1000 gram
 - e. Besar uterus identic dengan genggaman tangan orang dewasa
3. Selama kunjungan prenatal, perawat memeriksa denyut jantung janin ibu hamil pada trimester III kehamilan. Perawat menentukan bahwa denyut jantung janin normal jika frekuensi denyut jantung adalah?
- a. 80 kali per menit
 - b. 100 kali per menit
 - c. 150 kali per menit
 - d. 180 kali per menit
 - e. Lebih dari 180 kali per menit
4. Seorang Ibu primipara trimester kedua sedang memeriksakan kehamilannya di klinik. Apakah hasil pemeriksaan abnormal yang memerlukan tindak lanjut?
- a. *Quickening*
 - b. Kontraksi Braxton Hicks
 - c. Peningkatan tinggi fundus uteri yang konsisten
 - d. Denyut jantung janin 180x/menit
 - e. Frekuensi pernafasan lebih 20x/menit
5. Seorang ibu hamil mengeluh sering terbangun karena kram pada kaki. Apakah instruksi yang diberikan perawat, agar ibu hamil melakukan upaya untuk mengatasi masalahnya?
- a. Kaki dorsofleksi dengan lutut ditekuk
 - b. Kaki plantarfleksi dengan lutut ditekuk
 - c. Kaki dorsofleksi dengan lutut diluruskan
 - d. Kaki plantarfleksi dengan lutut diluruskan
 - e. Istirahatkan kaki bila terasa lelah

6. Perawat sedang memberikan pengarahannya kepada seorang ibu hamil terkait dengan upaya untuk pencegahan perasaan terbakar pada lambung (*heartburn*). Upaya terbaik apakah yang dapat perawat sarankan?
 - a. Tidak mengonsumsi makanan ringan diantara waktu makan
 - b. Minum kopi dan teh tanpa kafein
 - c. Berbaring selama 30 menit setelah makan
 - d. Ganti rempah-rempah dengan garam saat memasak
 - e. Makan sayuran dengan tinggi serat
7. Perawat sedang melakukan pemeriksaan pada klien post partum 48 jam yang mengalami hipertensi kehamilan ringan. Data apa yang menunjukkan bahwa hipertensi kehamilan masih perlu dikhawatirkan?
 - a. Peningkatan *output* urine
 - b. Tidak ada tanda-tanda proteinuria
 - c. Klien mengeluh nyeri kepala dan pandangan kabur
 - d. Tekanan darah kembali ke saat sebelum melahirkan
 - e. Edema pada ekstremitas bawah
8. Seorang perawat sedang merawat klien yang mengalami abruption plasenta. Ketika sedang merawat klien, ia melihat tanda-tanda klien mulai mengalami syok. Apakah yang dilakukan perawat pertama kali?
 - a. Monitor pengeluaran urine
 - b. Monitor nadi ibu
 - c. Miringkan klien
 - d. Monitor tekanan darah ibu
 - e. Atur posisi terlentang dengan kepala lebih rendah
9. Seorang klien yang sedang bersiap untuk melahirkan secara Caesar telah dibawa ke ruang bersalin. Untuk mempertahankan perfusi darah yang membawa

oksigen ke dalam janin, apakah posisi klien yang harus diatur oleh perawat?

- a. Posisi telungkup (*prone*)
 - b. Posisi semi fowler
 - c. Posisi trendelenburg
 - d. Posisi terlentang dengan bantal di bawah pinggul kanan
 - e. Terlentang
10. Seorang ibu yang berada dalam fase aktif persalinan mengalami kontraksi setiap 2-3 menit selama 45 detik. Denyut jantung janin diantara kontraksi adalah 100x/menit. Berdasarkan data tersebut, apakah prioritas tindakan keperawatan yang harus dilakukan?
- a. Monitor tanda vital ibu
 - b. Hubungi perawat penanggung jawab (perawat profesional) secepatnya
 - c. Lanjutkan monitoring persalinan dan denyut jantung janin
 - d. Dorong klien untuk relaksasi dan teknik bernafas diantara kontraksi
 - e. Menyiapkan set partus

B. Pembahasan, Rasional dan Jawaban

1. Jawaban C

- Rasional
 - a. Estrogen merangsang perkembangan uterus untuk menyediakan lingkungan yang sesuai untuk fetus dan merangsang payudara untuk persiapan laktasi.
 - b. Progesterone mempertahankan lapisan uterus untuk proses implantasi dan merelaksasi semua otot polos

- c. Laktogen plasenta manusia merangsang metabolisme glukosa dan mengubah glukosa menjadi lemak
- d. HCG (*Human Chorionic Gonadotropine Hormone*) mencegah involusi korpus luteum dan mempertahankan produksi progesterone sampai plasenta terbentuk
- Strategi mengerjakan soal
 - a. Fokus pada SUBJEK, fungsi-fungsi berbagai hormon yang berhubungan dengan kehamilan.
- Review: Berbagai Hormon
- Tinjauan:
 - 1) Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2) Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3) Keilmuan : Maternitas
 - 4) Proses Keperawatan : Implementasi
 - 5) Upaya Kesehatan : Kuratif
 - 6) Kebutuhan Dasar: Belajar
 - 7) Sistem Tubuh : Reproduksi
- 2. Jawaban A
 - Rasional
 - a. Sebelum kehamilan, uterus adalah organ kecil, berbentuk buah pir yang berada di rongga panggul. Sebelum kehamilan, uterus berbobot sekitar 60 gr, dan mempunyai kapasitas sekitar 10 ml. pada akhir masa kehamilan berat uterus mencapai 1000 gr, dan mempunyai kapasitas yang mencukupi bagi janin, plasenta dan cairan amnion.
 - Strategi mengerjakan soal
Focus pada SUBJEK, ukuran uterus dan tidak hamil.

- Review: Anatomi Uterus
- Tinjauan:
 - 1) Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2) Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3) Keilmuan : Maternitas
 - 4) Proses Keperawatan : Pengkajian
 - 5) Upaya Kesehatan : Promotif
 - 6) Kebutuhan Dasar : Belajar
 - 7) Sistem Tubuh : Reproduksi
- 3. Jawaban C
 - Rasional
 - a. Denyut jantung janin (DJJ) tergantung pada umur kehamilan, DJJ normal berkisar 160-170 kali per menit selama trimester pertama, seiring pertumbuhan janin, DJJ melambat sampai 110-160 kali per menit
 - Strategi mengerjakan soal
Focus pada SUBJEK, DJJ pada trimester ketiga
 - Review: Denyut Jantung Janin
 - Tinjauan:
 - 1) Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2) Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3) Keilmuan : Maternitas
 - 4) Proses Keperawatan : Pengkajian
 - 5) Upaya Kesehatan : Promotif
 - 6) Kebutuhan Dasar: Belajar
 - 7) Sistem Tubuh : Reproduksi
- 4. Jawaban D
 - Rasional
 - a. Denyut jantung janin (DJJ) tergantung pada umur kehamilan, DJJ normal berkisar 160-170

kali per menit selama trimester pertama, seiring pertumbuhan janin, DJJ melambat sampai 110-160 kali per menit. Pilihan A, B dan C merupakan hasil yang normal, dan pilihan E bukan pilihan untuk karena bukan indikator abnormal janin.

- Strategi mengerjakan soal
Fokus pada SUBJEK, hasil pemeriksaan abnormal pada kehamilan
 - Review: Pengkajian fisik kehamilan normal
 - Tinjauan:
 - 1) Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2) Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3) Keilmuan : Maternitas
 - 4) Proses Keperawatan : Pengkajian
 - 5) Upaya Kesehatan : Preventif
 - 6) Kebutuhan Dasar: Aman dan Nyaman
 - 7) Sistem Tubuh : Reproduksi
5. Jawaban C
- Rasional
 - a. Kram pada tungkai bawah sering terjadi ketika pada wanita hamil menegangkan tungkainya dan memfleksikan plantar kakinya. Dorsofleksi kaki dengan lutut lurus akan meregangkan otot gastrocnemius, mencegah otot dari kontraksi, dan menghentikan kram
 - Strategi mengerjakan soal
Fokus pada SUBJEK, upaya yang dapat meringankan kram otot
 - Review: langkah-langkah meringankan kram otot
 - Tinjauan:

- 1) Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
- 2) Domain : Pengetahuan Prosedur
- 3) Keilmuan : Maternitas
- 4) Proses Keperawatan : Implementasi
- 5) Upaya Kesehatan : Preventif
- 6) Kebutuhan Dasar : Cairan dan Elektrolit
- 7) Sistem Tubuh : Jantung, pembuluh darah dan sistem limfatik

6. Jawaban B

- Rasional
 - a. Kafein seperti halnya rempah-rempah dapat menyebabkan perasaan terbakar pada lambung sehingga perlu dihindari, rempah-rempah juga cenderung membuat rasa terbakar pada lambung, makan porsi kecil tapi sering lebih baik untuk mengontrol kondisi dari pada makan 3 kali porsi besar. Berbaring setelah makan juga menyebabkan refluk isi lambung dan menyebabkan *heartburns*, sedangkan garam menyebabkan retensi cairan
- Strategi mengerjakan soal
Perhatikan kata kunci “Upaya Terbaik” untuk mencegah *heartburns*.
- Review: Upaya mencegah dan mengurangi *heartburns*
- Tinjauan:
 - 1) Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2) Domain : Pengetahuan Prosedur
 - 3) Keilmuan : Maternitas

- 4) Proses Keperawatan : Implementasi
- 5) Upaya Kesehatan : Kuratif
- 6) Kebutuhan Dasar: Nutrisi
- 7) Sistem Tubuh : Pencernaan dan hepatobilier

7. Jawaban C

- Rasional
 - a. Pilihan A, B, D dan E merupakan tanda hipertensi kehamilan tidak terjadi. Pilihan C merupakan tanda perburukan hipertensi kehamilan dan perlu untuk segera dilaporkan.
- Strategi mengerjakan soal
Perhatikan dan focus pada tanda hipertensi pada kehamilan
- Review: hipertensi kehamilan
- Tinjauan:
 - 1) Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2) Domain : Pengetahuan Prosedur
 - 3) Keilmuan : Maternitas
 - 4) Proses Keperawatan : Evaluasi
 - 5) Upaya Kesehatan : Kuratif
 - 6) Kebutuhan Dasar : Aman dan Nyaman
 - 7) Sistem Tubuh : Jantung, pembuluh darah dan sistem limfatik

8. Jawaban C

- Rasional
 - a. Ketika ibu hamil mengalami syok, perawat sebaiknya berupaya untuk meningkatkan perfusi ke plasenta, cara sederhana adalah dengan memiringkan klien dan cara ini meningkatkan aliran darah ke plasenta dengan

cara mengurangi tekanan dari uterus yang membesar dan menekan pembuluh darah besar.

- Strategi mengerjakan soal
Perhatikan kata kunci “Pertama” untuk mencegah *heartburns*.
- Review: Abruptio Placenta
- Tinjauan:
 - 1) Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2) Domain : Pengetahuan Prosedur
 - 3) Keilmuan : Maternitas
 - 4) Proses Keperawatan : Implementasi
 - 5) Upaya Kesehatan : Kuratif
 - 6) Kebutuhan Dasar : Oksigenasi
 - 7) Sistem Tubuh : Reproduksi

9. Jawaban D

- Rasional
 - a. Vena cava dan aorta descendens tertekan oleh uterus yang membesar sehingga menghambat pengembalian darah dari tubuh bagian bawah dan ekstremitas yang akhirnya menyebabkan pengurangan aliran balik jantung, cardiac output dan aliran darah ke Rahim dan kemudian ke janin. Posisi terbaik adalah miring dengan uterus yang terbebas dari pembuluh darah.
- Strategi mengerjakan soal
Perhatikan subjek, yaitu mempertahankan perfusi yang optimal kepada janin.
- Review: syndrome vena cava
- Tinjauan:

- 1) Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
- 2) Domain : Pengetahuan Prosedur
- 3) Keilmuan : Maternitas
- 4) Proses Keperawatan : Implementasi
- 5) Upaya Kesehatan : Kuratif
- 6) Kebutuhan Dasar : Oksigenasi
- 7) Sistem Tubuh : Jantung, pembuluh darah dan sistem limfatik

10. Jawaban B

- Rasional
 - a. Bradikardi pada janin diantara kontraksi merupakan indikasi perlunya penanganan medis secara cepat. Perawat sebaiknya segera menghubungi perawat profesional (penanggungjawab) yang kemudian akan menghubungi dokter pemeriksa. Pilihan A, C, D dan E akan menunda pelaksanaan intervensi yang penting dan segera.
- Strategi mengerjakan soal
Perhatikan kata kunci "Prioritas". Gunakan metode ABCD
- Review: Perawat-Klien dalam fase aktif persalinan
- Tinjauan:
 - 1) Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2) Domain : Pengetahuan Prosedur
 - 3) Keilmuan : Maternitas
 - 4) Proses Keperawatan : Implementasi
 - 5) Upaya Kesehatan : Kuratif
 - 6) Kebutuhan Dasar : Oksigenasi
 - 7) Sistem Tubuh : Reproduksi



BRANDED
TECH
PUBLISHER

BAB II

SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN GERONTIK

Ns. Mita Febrianti, S. Kep., M.Kep

A. Soal

1. Seorang perawat melakukan kunjungan rumah pada seorang lansia laki-laki berusia 68 tahun yang tinggal bersama keluarganya. Keluarga mengatakan bahwa lansia tersebut sering lupa di mana meletakkan barang-barangnya, sering menanyakan pertanyaan yang sama berulang kali, dan mulai kesulitan memilih pakaian yang sesuai. Perawat berencana melakukan pengkajian fungsi kognitif.
Manakah instrumen pengkajian yang paling tepat digunakan oleh perawat pada kasus di atas?
 - a. *Katz Indeks*
 - b. *Barthel Indeks*
 - c. *Mini-Mental State Examination (MMSE)*
 - d. *Morse Fall Scale*
 - e. *Geriatric Depression Scale (GDS)*
2. Seorang perawat melakukan kunjungan rumah pada lansia perempuan berusia 72 tahun. Lansia mengatakan masih mampu makan, berpakaian, mandi, dan berpindah tempat secara mandiri. Namun, lansia membutuhkan bantuan keluarga untuk berbelanja, mengelola keuangan, menggunakan transportasi, dan menyiapkan obat-obatan. Perawat akan melakukan pengkajian tingkat kemandirian lansia.

Manakah aspek yang paling tepat dikaji pada kasus tersebut?

- a. *Basic Activities of Daily Living* (BADL)
 - b. *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL)
 - c. Fungsi kognitif
 - d. Status psikologis
 - e. Status nutrisi
3. Seorang perawat melakukan pengkajian pada lansia perempuan berusia 75 tahun yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW). Lansia mengatakan beberapa kali hampir terjatuh ketika berjalan menuju kamar mandi pada malam hari. Hasil observasi menunjukkan lansia berjalan dengan langkah tidak stabil, menggunakan kacamata, dan lantai kamar mandi terlihat licin serta tidak tersedia pegangan tangan. Perawat akan menentukan tindakan untuk meningkatkan keselamatan lansia.
Manakah tindakan paling tepat dilakukan perawat?
- a. Menganjurkan lansia membatasi aktivitas berjalan
 - b. Memasang pegangan tangan dan memperbaiki kondisi lantai kamar mandi
 - c. Menganjurkan lansia menggunakan kursi roda setiap saat
 - d. Membatasi asupan cairan sebelum tidur
 - e. Menganjurkan lansia tetap berada di tempat tidur pada malam hari
4. Seorang perawat melakukan pengkajian pada Tn. A, lansia berusia 70 tahun yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW). Tn. A mengatakan sering merasa pusing ketika berdiri dari posisi duduk. Hasil pengkajian menunjukkan Tn. A berjalan menggunakan tongkat, memiliki riwayat hampir terjatuh sebanyak dua

kali dalam satu bulan terakhir, dan kamar mandi di PSTW tidak memiliki pegangan tangan.

Manakah diagnosis keperawatan yang paling tepat pada kasus tersebut?

- a. Gangguan mobilitas fisik
 - b. Defisit perawatan diri
 - c. Risiko jatuh
 - d. Intoleransi aktivitas
 - e. Gangguan keseimbangan
5. Seorang perawat melakukan pengkajian pada Ny. B, lansia berusia 73 tahun yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW). Ny. B mengatakan sulit tidur pada malam hari dan sering terbangun sebanyak 3-4 kali. Ny. B juga mengatakan merasa lelah pada pagi hari dan mengantuk saat melakukan aktivitas di siang hari. Hasil pengkajian menunjukkan kamar Ny. B cukup nyaman dan tidak ditemukan keluhan nyeri. Manakah diagnosis keperawatan yang paling tepat pada kasus tersebut?
- a. Intoleransi aktivitas
 - b. Gangguan pola tidur
 - c. Keletihan
 - d. Gangguan mobilitas fisik
 - e. Defisit perawatan diri
6. Seorang perawat melakukan pengkajian pada Ny. C, lansia berusia 76 tahun yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW). Ny. C mengatakan kedua kakinya terasa lemah sehingga membutuhkan bantuan petugas ketika berpindah dari tempat tidur ke kursi. Hasil observasi menunjukkan Ny. C berjalan dengan langkah lambat, membutuhkan pegangan saat berdiri, dan mengalami kesulitan mempertahankan posisi

berdiri dalam waktu lama. Ny. C masih mampu melakukan makan dan berpakaian secara mandiri. Manakah diagnosis keperawatan yang paling tepat pada kasus tersebut?

- a. Intoleransi aktivitas
 - b. Gangguan mobilitas fisik
 - c. Defisit perawatan diri
 - d. Risiko jatuh
 - e. Keletihan
7. Seorang perawat melakukan tindakan keperawatan pada Ny. D, lansia berusia 75 tahun yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) dengan masalah gangguan keseimbangan. Hasil pengkajian menunjukkan Ny. D berjalan dengan langkah tidak stabil dan sering berpegangan pada dinding. Saat akan menuju kamar mandi, Ny. D tampak ragu dan membutuhkan bantuan untuk mempertahankan keseimbangan. Perawat akan melaksanakan tindakan untuk meningkatkan keseimbangan dan keselamatan Ny. D.

Manakah implementasi keperawatan yang paling tepat dilakukan oleh perawat?

- a. Menganjurkan Ny. D untuk membatasi aktivitas berjalan
- b. Membantu Ny. D melakukan latihan keseimbangan secara bertahap dan memastikan lingkungan berjalan aman
- c. Menganjurkan Ny. D untuk tetap berada di tempat tidur sepanjang hari
- d. Membatasi aktivitas Ny. D agar tidak melakukan aktivitas secara mandiri
- e. Menganjurkan Ny. D menggunakan kursi roda setiap saat

8. Seorang perawat melakukan tindakan keperawatan pada Tn. E, lansia berusia 71 tahun yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) dengan masalah gangguan pola tidur. Tn. E mengatakan sulit memulai tidur dan sering terbangun pada malam hari. Pada siang hari Tn. E tampak mengantuk dan mengatakan tubuh terasa kurang segar. Perawat akan melakukan implementasi untuk membantu meningkatkan kualitas tidur Tn. E.

Manakah implementasi keperawatan yang paling tepat dilakukan oleh perawat?

- a. Menganjurkan Tn. E tidur sepanjang hari agar kebutuhan tidur terpenuhi
 - b. Membantu menciptakan lingkungan tidur yang nyaman, tenang, dan mengurangi gangguan sebelum waktu tidur
 - c. Menganjurkan Tn. E melakukan aktivitas berat sebelum tidur agar cepat mengantuk
 - d. Membatasi Tn. E untuk tidak tidur pada malam hari
 - e. Menganjurkan Tn. E meningkatkan aktivitas di tempat tidur sebelum tidur
9. Seorang perawat melakukan pengkajian pada Tn. F, lansia berusia 72 tahun yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW). Tn. F sering lupa terhadap kejadian yang baru saja dialami dan beberapa kali menanyakan hal yang sama kepada petugas. Perawat memberikan Mini-Mental State Examination (MMSE) untuk menilai fungsi kognitif. Hasil pemeriksaan menunjukkan Tn. F memperoleh skor 21.
- Manakah interpretasi yang paling tepat dari hasil pemeriksaan tersebut?
- a. Fungsi kognitif normal
 - b. Gangguan kognitif ringan

- c. Gangguan kognitif sedang
 - d. Gangguan kognitif berat
 - e. Tidak dapat dinilai karena MMSE hanya digunakan untuk lansia di rumah
10. Seorang perawat melakukan pengkajian pada Ny. S, lansia berusia 70 tahun yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW). Ny. S mampu makan dan berhias secara mandiri, tetapi membutuhkan bantuan saat mandi, berpakaian, menggunakan toilet, dan berpindah dari tempat tidur ke kursi. Ny. S juga membutuhkan bantuan saat berjalan. Perawat menggunakan Indeks Barthel untuk menilai tingkat kemandirian Ny. S dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Hasil pengkajian menunjukkan skor Indeks Barthel sebesar 55. Apakah interpretasi yang paling tepat dari hasil pengkajian tersebut?
- a. Ketergantungan total
 - b. Ketergantungan berat
 - c. Ketergantungan sedang
 - d. Ketergantungan ringan
 - e. Mandiri

B. Pembahasan, Rasional dan Jawaban

1. Jawaban: C
 - Rasional:
 - a. *Mini-Mental State Examination* (MMSE) adalah instrumen pengkajian yang digunakan untuk mengukur fungsi kognitif lansia, meliputi orientasi, registrasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali (recall), dan bahasa. Kasus

di atas menunjukkan adanya penurunan fungsi kognitif (gejala demensia). Jawaban Tepat

- b. *Katz Index* dan *Barthel Index* digunakan untuk mengukur kemandirian lansia dalam pemenuhan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (Activity of Daily Living/ADL).
 - c. *Morse Fall Scale* digunakan untuk mengukur risiko jatuh.
 - d. *Geriatric Depression Scale* (GDS) digunakan untuk mengukur tingkat depresi pada lansia.
 - Strategi mengerjakan soal
Fokus pada SUBJEK, instrumen pengkajian yang spesifik untuk mengevaluasi fungsi berpikir atau kognitif lansia berdasarkan keluhan sering lupa dan disorientasi ringan pada kasus.
 - Review: Berbagai Instrumen Pengkajian Khusus Lansia
 - Tinjauan:
 - 1). Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2). Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3). Keilmuan : Gerontik
 - 4). Proses Keperawatan : Pengkajian
 - 5). Upaya Kesehatan : Preventif
 - 6). Kebutuhan Dasar : Aman dan Nyaman
 - 7). Sistem Tubuh : Sistem Saraf
2. Jawaban: B
- Rasional:
 - a. *Basic Activities of Daily Living* (BADL) menilai kemampuan dasar seperti mandi, berpakaian, makan, toileting, dan berpindah.
 - b. *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) menilai kemampuan melakukan aktivitas yang

lebih kompleks dalam kehidupan sehari-hari, seperti berbelanja, mengelola keuangan, menggunakan transportasi, dan mengelola obat. Jawaban tepat.

- c. Fungsi kognitif digunakan untuk menilai kemampuan orientasi, memori, perhatian, dan proses berpikir.
- d. Status psikologis digunakan untuk menilai kondisi emosional seperti depresi atau kecemasan.
- e. Status nutrisi digunakan untuk mengetahui risiko atau kondisi malnutrisi pada lansia.
- Strategi mengerjakan soal
Fokus pada SUBJEK yaitu kemampuan lansia melakukan aktivitas sehari-hari yang bersifat kompleks. Kata kunci pada kasus adalah mengelola keuangan, berbelanja, transportasi, dan obat, sehingga mengarah pada IADL.
- Review: Instrumen dan pengkajian fungsi pada lansia
- Tinjauan:
 - 1). Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2). Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3). Keilmuan : Gerontik
 - 4). Proses Keperawatan : Pengkajian
 - 5). Upaya Kesehatan : Preventif
 - 6). Kebutuhan Dasar : Aktivitas dan Istirahat
 - 7). Sistem Tubuh : Multisistem
- 3. Jawaban: B
 - Rasional:

- a. Membatasi aktivitas berjalan dapat menyebabkan penurunan mobilitas dan kemandirian lansia.
 - b. Memasang pegangan tangan dan memperbaiki kondisi lantai kamar mandi merupakan tindakan yang tepat untuk mengurangi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh. Jawaban tepat.
 - c. Penggunaan kursi roda terus-menerus tidak diperlukan apabila lansia masih mampu berjalan dan dapat meningkatkan ketergantungan.
 - d. Pembatasan cairan bukan tindakan utama untuk mencegah jatuh dan dapat meningkatkan risiko dehidrasi.
 - e. Membatasi lansia hanya di tempat tidur dapat menurunkan mobilitas serta meningkatkan risiko komplikasi akibat imobilisasi.
- Strategi mengerjakan soal
Fokus pada SUBJEK, yaitu keselamatan lansia dan pencegahan risiko jatuh di lingkungan PSTW.
Kata kunci pada kasus adalah “hampir terjatuh”, “berjalan tidak stabil”, “lantai kamar mandi licin”, dan “tidak tersedia pegangan tangan”. Prioritaskan tindakan yang menghilangkan atau memodifikasi faktor risiko jatuh yang dapat diperbaiki.
 - Review: Pencegahan jatuh pada lansia di PSTW, meliputi identifikasi faktor risiko, pengamanan lingkungan, peningkatan mobilitas yang aman, penggunaan alat bantu secara tepat, serta edukasi keselamatan.
 - Tinjauan

- 1). Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
- 2). Domain : Pengetahuan Kognitif
- 3). Keilmuan : Gerontik
- 4). Proses Keperawatan : Intervensi
- 5). Upaya Kesehatan : Preventif
- 6). Kebutuhan Dasar : Aman dan Nyaman
- 7). Sistem Tubuh : Muskuloskeletal dan Neurologis

4. Jawaban: C

- Rasional:
 - a. Gangguan mobilitas fisik berfokus pada keterbatasan kemampuan melakukan pergerakan secara mandiri.
 - b. Defisit perawatan diri berkaitan dengan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan perawatan diri.
 - c. Risiko jatuh merupakan diagnosis yang paling tepat karena terdapat faktor risiko berupa pusing saat berdiri, penggunaan tongkat, riwayat hampir jatuh, serta lingkungan kamar mandi yang kurang aman. Jawaban tepat.
 - d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakmampuan mempertahankan aktivitas akibat keterbatasan energi.
 - e. Gangguan keseimbangan dapat menjadi faktor yang berkontribusi terhadap jatuh, tetapi diagnosis yang paling sesuai berdasarkan data adalah risiko jatuh.
- Strategi mengerjakan soal
Fokus pada SUBJEK, yaitu keselamatan Tn. A di lingkungan PSTW. Kata kunci pada kasus adalah “pusing saat berdiri”, “hampir terjatuh”,

“menggunakan tongkat”, dan “kamar mandi tidak memiliki pegangan tangan”. Prioritaskan diagnosis yang berkaitan dengan keselamatan lansia.

- Review: Diagnosis keperawatan pada lansia terkait keselamatan dan pencegahan jatuh.
- Tinjauan:
 - 1). Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2). Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3). Keilmuan : Gerontik
 - 4). Proses Keperawatan : Diagnosis Keperawatan
 - 5). Upaya Kesehatan : Preventif
 - 6). Kebutuhan Dasar : Aman dan Nyaman
 - 7). Sistem Tubuh : Muskuloskeletal dan Neurologis

5. Jawaban: B

- Rasional:
 - a. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakmampuan melakukan aktivitas akibat keterbatasan energi.
 - b. Gangguan pola tidur merupakan diagnosis yang paling tepat karena Ny. B mengalami kesulitan tidur, sering terbangun pada malam hari, serta mengalami dampak berupa lelah pada pagi hari dan mengantuk pada siang hari. Jawaban tepat.
 - c. Kelelahan dapat menjadi dampak dari gangguan tidur, tetapi masalah utama pada kasus adalah gangguan pola tidur.
 - d. Gangguan mobilitas fisik berkaitan dengan keterbatasan kemampuan melakukan pergerakan dan tidak menjadi masalah utama pada kasus.

- e. Defisit perawatan diri berkaitan dengan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan perawatan diri dan tidak didukung oleh data kasus.
- Strategi mengerjakan soal
Fokus pada SUBJEK, yaitu masalah tidur Ny. B di PSTW. Kata kunci pada kasus adalah “sulit tidur”, “sering terbangun malam hari”, “lelah pada pagi hari”, dan “mengantuk di siang hari”. Tentukan diagnosis berdasarkan masalah utama, bukan dampak yang ditimbulkan.
- Review:
Diagnosis keperawatan pada lansia terkait kebutuhan istirahat dan tidur.
- Tinjauan:
 - 1). Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2). Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3). Keilmuan : Gerontik
 - 4). Proses Keperawatan : Diagnosis Keperawatan
 - 5). Upaya Kesehatan : Promotif dan Preventif
 - 6). Kebutuhan Dasar : Aktivitas dan Istirahat
 - 7). Sistem Tubuh : Multisistem
6. Jawaban: B
 - Rasional:
 - a. Intoleransi aktivitas berkaitan dengan ketidakmampuan melakukan aktivitas karena keterbatasan energi atau respons fisiologis terhadap aktivitas.
 - b. Gangguan mobilitas fisik merupakan diagnosis yang paling tepat karena Ny. C mengalami

kelemahan pada kedua kaki, membutuhkan bantuan saat berpindah, berjalan lambat, membutuhkan pegangan ketika berdiri, serta mengalami kesulitan mempertahankan posisi berdiri. Jawaban tepat.

- c. Defisit perawatan diri berkaitan dengan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan perawatan diri seperti makan, mandi, berpakaian, atau toileting. Pada kasus Ny. C masih mampu makan dan berpakaian secara mandiri.
 - d. Risiko jatuh merupakan diagnosis yang dapat dipertimbangkan karena terdapat gangguan mobilitas, tetapi data utama pada kasus menunjukkan adanya masalah aktual berupa keterbatasan mobilitas.
 - e. Keletihan ditandai dengan rasa lelah atau kekurangan energi dan bukan merupakan masalah utama yang ditunjukkan pada kasus.
- Strategi mengerjakan soal
Fokus pada SUBJEK, yaitu kemampuan mobilitas Ny. C di lingkungan PSTW. Kata kunci pada kasus adalah “kaki terasa lemah”, “membutuhkan bantuan saat berpindah”, “berjalan lambat”, “membutuhkan pegangan saat berdiri”, dan “kesulitan mempertahankan posisi berdiri”. Karena terdapat masalah aktual pada kemampuan bergerak, pilih diagnosis gangguan mobilitas fisik.
 - Review: Diagnosis keperawatan pada lansia terkait mobilitas dan kemampuan bergerak.
 - Tinjauan:
 - 1). Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 2). Domain | : Pengetahuan Kognitif |
| 3). Keilmuan | : Gerontik |
| 4). Proses Keperawatan Keperawatan | :Diagnosis |
| 5). Upaya Kesehatan | :Promotif dan Preventif |
| 6). Kebutuhan Dasar | : Aktivitas dan Istirahat |
| 7). Sistem Tubuh | : Muskuloskeletal dan Neurologis. |

7. Jawaban: B

- Rasional:
 - a. Membatasi aktivitas berjalan secara berlebihan dapat menyebabkan penurunan mobilitas dan kemandirian lansia.
 - b. Membantu latihan keseimbangan secara bertahap dan memastikan lingkungan aman merupakan implementasi yang tepat untuk membantu meningkatkan kemampuan keseimbangan sekaligus mengurangi risiko jatuh. Jawaban tepat.
 - c. Tirah baring sepanjang hari tidak dianjurkan karena dapat menurunkan mobilitas dan meningkatkan ketergantungan lansia.
 - d. Membatasi seluruh aktivitas secara mandiri dapat mengurangi kemandirian dan kemampuan fungsional lansia.
 - e. Penggunaan kursi roda setiap saat tidak diperlukan apabila lansia masih mampu berjalan dengan bantuan yang sesuai.
- Strategi mengerjakan soal

Fokus pada SUBJEK, yaitu tindakan langsung untuk mengatasi gangguan keseimbangan Ny. D. Kata kunci pada kasus adalah “langkah tidak

stabil”, “berpegangan pada dinding”, “ragu menuju kamar mandi”, dan “membutuhkan bantuan keseimbangan”. Pilih tindakan yang meningkatkan kemampuan lansia sekaligus menjaga keselamatan, bukan membatasi aktivitas.

- Review:
Implementasi keperawatan pada lansia dengan gangguan keseimbangan meliputi latihan secara bertahap, bantuan saat mobilisasi, serta pengamanan lingkungan untuk mencegah jatuh.
- Tinjauan:
 - 1). Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2). Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3). Keilmuan : Gerontik
 - 4). Proses Keperawatan : Implementasi
 - 5). Upaya Kesehatan : Preventif
 - 6). Kebutuhan Dasar : Aman dan Nyaman
 - 7). Sistem Tubuh : Muskuloskeletal dan Neurologis

8. Jawaban: B

- Rasional:
 - a. Tidur sepanjang hari dapat mengganggu pola tidur pada malam hari.
 - b. Menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang serta mengurangi gangguan sebelum tidur merupakan implementasi yang tepat untuk membantu meningkatkan kualitas tidur lansia. Jawaban tepat.
 - c. Aktivitas berat sebelum tidur dapat membuat tubuh lebih sulit beristirahat.
 - d. Membatasi tidur pada malam hari tidak sesuai karena Tn. E mengalami gangguan tidur.

- e. Aktivitas sebelum tidur yang berlebihan dapat menghambat proses relaksasi dan memulai tidur.
- Strategi mengerjakan soal
Fokus pada SUBJEK, yaitu tindakan perawat untuk meningkatkan kualitas tidur lansia. Kata kunci pada kasus adalah “sulit memulai tidur”, “sering terbangun”, “mengantuk pada siang hari”, dan “kurang segar”. Pilih implementasi yang mendukung relaksasi dan lingkungan tidur yang nyaman, bukan tindakan yang memperburuk pola tidur.
- Review:
Implementasi keperawatan pada lansia dengan gangguan pola tidur dapat diarahkan pada penciptaan lingkungan tidur yang nyaman dan mengurangi gangguan sebelum waktu tidur.
- Tinjauan:
 - 1). Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2). Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3). Keilmuan : Gerontik
 - 4). Proses Keperawatan : Implementasi
 - 5). Upaya Kesehatan : Promotif dan Preventif
 - 6). Kebutuhan Dasar : Aktivitas dan Istirahat
 - 7). Sistem Tubuh : Multisistem

9. Jawaban: C

- Rasional:
 - a. Fungsi kognitif normal tidak sesuai dengan hasil pemeriksaan dan keluhan Tn. F.

- b. Gangguan kognitif ringan tidak menjadi interpretasi yang paling sesuai untuk skor 21.
- c. Skor MMSE 21 menunjukkan adanya gangguan fungsi kognitif yang perlu mendapat perhatian dan pengkajian lebih lanjut. Pada kasus, hasil tersebut sesuai dengan keluhan sering lupa dan mengulang pertanyaan. Jawaban tepat.
- d. Gangguan kognitif berat tidak dapat langsung disimpulkan hanya berdasarkan data tersebut.
- e. MMSE dapat digunakan untuk melakukan pengkajian fungsi kognitif lansia, termasuk lansia yang tinggal di PSTW. Pada materi sumber, MMSE digunakan untuk menilai orientasi, registrasi, perhatian, kalkulasi, recall, dan bahasa.
- Strategi mengerjakan soal
Fokus pada SUBJEK, yaitu penilaian fungsi kognitif lansia menggunakan MMSE. Kata kunci adalah “sering lupa”, “mengulang pertanyaan”, “MMSE”, dan “skor 21”. Hubungkan hasil skor dengan kondisi kognitif lansia.
- Review:
MMSE merupakan instrumen untuk mengukur fungsi kognitif lansia, meliputi orientasi, registrasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali, dan bahasa.
- Tinjauan:
 - 1). Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2). Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3). Keilmuan : Gerontik
 - 4). Proses Keperawatan : Pengkajian
 - 5). Upaya Kesehatan : Preventif

6). Kebutuhan Dasar : Aman dan Nyaman

7). Sistem Tubuh : Sistem Saraf

10. Jawaban: C

- Rasional:

- a. Ketergantungan total tidak tepat karena Ny. S masih mampu melakukan beberapa aktivitas secara mandiri.
- b. Ketergantungan berat tidak tepat karena Ny. S masih mampu melakukan beberapa aktivitas dasar tanpa bantuan.
- c. Ketergantungan sedang karena skor Indeks Barthel 55 menunjukkan lansia masih mampu melakukan sebagian aktivitas kehidupan sehari-hari, tetapi membutuhkan bantuan pada beberapa aktivitas lainnya. Jawaban Tepat
- d. Ketergantungan ringan tidak tepat karena Ny. S masih memerlukan bantuan pada beberapa aktivitas dasar seperti mandi, berpakaian, toileting, berpindah, dan berjalan.
- e. Mandiri tidak tepat karena Ny. S masih membutuhkan bantuan dalam beberapa aktivitas kehidupan sehari-hari.

- Strategi Mengerjakan Soal

Fokus pada SUBJEK, yaitu penilaian tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari menggunakan Indeks Barthel.

Kata kunci pada soal adalah "Indeks Barthel", "membutuhkan bantuan", "aktivitas kehidupan sehari-hari", dan "skor 55".

Peserta perlu menghubungkan skor Indeks Barthel dengan tingkat ketergantungan lansia. Semakin

rendah skor, semakin besar tingkat ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

- Review
Indeks Barthel merupakan instrumen yang digunakan untuk menilai tingkat kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari atau *Activities of Daily Living* (ADL). Aspek yang dinilai antara lain makan, mandi, berhias, berpakaian, penggunaan toilet, berpindah, mobilitas, serta kontrol eliminasi.
- Tinjauan
 - 1). Kompetensi : Asuhan dan Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2). Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3). Keilmuan : Keperawatan Gerontik
 - 4). Proses Keperawatan : Pengkajian
 - 5). Upaya Kesehatan : Preventif
 - 6). Kebutuhan Dasar : Aktivitas dan Istirahat
 - 7). Sistem Tubuh : Muskuloskeletal dan Neurologis.



BAB III

SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Ns. Luckyta Wahyu W, S. Kep., M.Kep

A. Soal

1. Seorang laki-laki usia 56 tahun, dibawa ke IGD dengan keluhan tangan dan kaki kanan terasa lemas sejak 2 hari yang lalu. Hasil Pemeriksaan ditemukan klien tampak bingung, pucat, serta tidak nafsu makan, hasil pemeriksaan TTV : Tekanan Darah 140/89 mmHg, Frekuensi Nadi 90 x/menit, RR 18 x/menit, Suhu 37 °C, penilaian kekuatan otot didapatkan extremitas kanan bisa diangkat tetapi langsung terjatuh sedangkan extremitas kiri mampu menahan tahanan ringan.
Apakah masalah keperawatan yang utama pada kasus tersebut?
 - a. Ansietas
 - b. Intoleransi aktifitas
 - c. Kurang pengetahuan
 - d. Gangguan mobilitas fisik
 - e. Defisit nutrisi
2. Seorang laki-laki usia 25 tahun dibawa ke IGD karena mengalami overdosis tricyclic antidepressant. Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan hasil pemeriksaan TTV menunjukkan TD 130/90 mmHg, RR 10 x/menit, N 95 x/menit, T 37 °C. Hasil analisa

gas darah pasien adalah pH 7,25; PaCO₂ 61 mmHg; PaO₂ 76 mmHg; HCO₃- 26 mmHg; SaO₂ 89%.

Apakah interpretasi hasil analisa gas darah yang tepat pada pasien tersebut?

- a. Asidosis metabolik tidak terkompensasi
 - b. Asidosis respiratorik tidak terkompensasi
 - c. Asidosis respiratorik terkompensasi penuh
 - d. Asidosis metabolik terkompensasi sebagian
 - e. Asidosis respiratorik terkompensasi sebagian
3. Seorang pasien berusia 55 tahun dengan diagnosa medis CHF menjalani perawatan di ruangan HCU. Tiba-tiba saat perawat hendak memonitor kondisi pasien tampak layar monitor menampilkan gambaran EKG ventrikular takikardi. Setelah perawat melakukan pengecekan nadi karotis didapatkan hasil nadi karotis tidak teraba.
- Apakah tindakan yang tepat dilakukan pada pasien?
- a. Defibrilasi
 - b. Injeksi amiodaron
 - c. Pemberian aspirin
 - d. Pemberian clopidogrel
 - e. Injeksi ephinefrin 1 mg
4. Seorang laki-laki berusia 32 tahun dibawa ke IGD setelah mengalami KLL mengeluh nyeri pada tulang belakang dengan skala nyeri 6. Pemeriksaan fisik ditemukan memar pada bagian tulang belakang dan retraksi pada tulang belakang, pasien mengalami perdarahan sebanyak 700 ml, GCS 10, tekanan darah 100/80 mmHg, frekuensi napas 25x/menit, frekuensi nadi 105 x/menit, suhu 37,2°C.
- Telah ditentukan intervensi keperawatan dengan mempertahankan kepatenan jalan napas dengan teknik Chin Lift dan Head Tilt.

Apakah intervensi selanjutnya pada kasus tersebut?

- a. Imobilisasi spinal
 - b. Kontrol perdarahan
 - c. Observasi tanda vital
 - d. Berikan cairan intavena
 - e. Observasi kepatenan jalan napas
5. Seorang perempuan berusia 29 tahun, dibawa IGD dengan kondisi tidak sadarkan diri akibat jatuh dari motor, terdapat luka pada sekitar wajah dan bahu serta kepala, kulit tampak sianosis, tidak ada pergerakan dada, nadi sangat lemah. Dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 90/70 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 16 x/menit dan Suhu 36 0C. Apakah tindakan awal yang dilakukan pada pasien?
- a. Beri minum
 - b. Perbaiki posisi
 - c. Periksa jalan napas
 - d. Hentikan perdarahan
 - e. Berikan bantuan napas
6. Seorang Perempuan usia 60 tahun, dibawa ke IGD setelah mengalami luka bakar dengan jumlah 75%. Pasien diprogramkan menjalani hemodialisis cito. Keluarga menolak karena ada keterbatasan biaya. Apakah yang seharusnya dilakukan perawat?
- a. Memanggil security
 - b. Meminta keluarga membawa ke RS lain saja
 - c. Tidak melakukan tindakan apapun kepada pasien
 - d. Meminta keluarga pasien membayar biaya pemeriksaan
 - e. Menanyakan kepemilikan BPJS dan memberikan alternatif pembiayaan yang lain

serta memfasilitasi konsultasi dengan dokter untuk menjelaskan terkait kondisi pasien

7. Seorang Laki-laki usia 30 tahun, dibawa ke IGD dengan kondisi luka bakar. Hasil pengkajian luka bakar: bagian siku sampai pergelangan tangan kiri dan seluruh bagian dada tersiram air panas, kesadaran Composmetis, TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 80 x/mnt, frekuensi napas 20 x/mnt, BB 60 g, TB 160 cm. Berapa presentase luas luka bakar pada kasus tersebut?
 - a. 4,5 %
 - b. 9 %
 - c. 13,5 %
 - d. 18 %
 - e. 22,5 %
8. Perempuan usia 40 tahun dibawa ke IGD dengan Luka Bakar 25%. Hasil pengkajian: kesadaran Composmetis, TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 60x/mnt, frekuensi napas 20 x/mnt Suhu 36,5 °C, BB 50 kg, TB 160 cm. Perawat akan memberikan resusitasi cairan sesuai instruksi dengan metode Baxter, berapa jumlah cairan yang harus diberikan dalam 8 jam pertama?
 - a. 1500 cc
 - b. 1750 cc
 - c. 2000 cc
 - d. 2250 cc
 - e. 2500 cc
9. Seorang perempuan usia 13 tahun, dibawa ke IGD dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian tampak gelisah, retraksi dada (+), frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 104x/menit, suhu 36,9°C, SpO2 89%. Perawat segera memberikan terapi

oksigen dan memasang monitor untuk observasi lebih lanjut. Apa peran perawat yang diterapkan pada kasus tersebut?

- a. Advokat
- b. Edukator
- c. Koordinator
- d. Kolaborator
- e. Pemberi asuhan

10. Seorang anak laki-laki usia 6 tahun, dibawa ibunya ke IGD dengan keluhan diare 8 kali sehari disertai muntah. Hasil Pengkajian: anak tampak lemah, TD 98/70 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 25x/menit, suhu 38°C. Anak direncanakan untuk resusitasi cairan dan segera dirawat. Setelah memasang infus, perawat memasang side rail dan memberikan edukasi kepada keluarga untuk tidak meninggalkan anak sendiri. Apa prinsip etik yang diterapkan oleh perawat pada kasus tersebut?

- a. Justice
- b. Autonomy
- c. Beneficence
- d. Accountability
- e. Non Maleficence

11. Seorang perempuan usia 55 tahun, dibawa oleh keluarganya ke IGD RS dengan keluhan nyeri dada sejak satu jam yang lalu. Hasil pengkajian: nyeri menjalar ke bahu dan lengan kiri, skala nyeri 9, nyeri terasa seperti ditekan benda berat, tidak berkurang dengan istirahat, riwayat hipertensi selama 10 tahun, TD 160/100 mmHg, frekuensi nadi 102x/menit, frekuensi napas 32x/menit, suhu 37°C, CRT < 2 detik, wajah meringis. Apa label triage yang diberikan pada kasus tersebut?

- a. Merah
 - b. Kuning
 - c. Hijau
 - d. Hitam
 - e. Putih
12. Seorang perempuan usia 30 tahun, dibawa oleh warga ke IGD karena mengalami kecelakaan lalu lintas sekitar 15 menit yang lalu. Saksi mengatakan bahwa pasien tidak sadar sejak tertabrak. Hasil pengkajian: TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit, frekuensi napas 32x/menit, suhu 36,40C, saturasi O₂ 86%, klien tidak sadar, terdengar gurgling, keluar darah dari hidung dan mulut, tampak pemendekan cruris dextra. Apa masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- a. Pola napas tidak efektif
 - b. Gangguan mobilitas fisik
 - c. Gangguan pertukaran gas
 - d. Bersihan jalan napas tidak efektif
 - e. Penurunan perfusi jaringan serebral
13. Seorang anak laki-laki usia 10 tahun, dibawa ibunya ke IGD. Hasil anamnesis didapatkan ibu mengatakan anaknya panas sudah 3 hari, sakit pada ulu hati, minum sehari habis 500 cc, buang air kecil sedikit 3 kali sehari. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 100/70 mmHg, Frekuensi Nadi 110x/menit lemah, frekuensi napas 24 x/menit, Suhu 37,50C, anak tampak lemah, mukosa bibir kering, turgor kulit tidak elastis, hematokrit 48%. Dokter meminta untuk di pasang IVFD RL 20 tpm. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Nyeri akut
 - b. Hipertemia

- c. Hipovolemia
 - d. Retensi urine
 - e. Risiko perdarahan
14. Seorang laki-laki usia 45 tahun, dibawa ke IGD dengan keluhan sesak napas. Hasil Pemeriksaan: Frekuensi Napas 36 x/menit, ada pernapasan cuping hidung dan retraksi dinding dada, suara perkusi dada redup, SpO₂ 90%, Tekanan Darah 130/90 mmHg, Frekuensi Nadi 96 x/menit, Suhu 36,30C, akral dingin, pucat. Diagnosis medis efusi pleura. Apakah masalah keperawatan yang utama pada kasus tersebut?
- a. Hipotermi
 - b. Pola napas tidak efektif
 - c. Kelebihan volume cairan
 - d. Gangguan pertukaran gas
 - e. Gangguan perfusi jaringan
15. Seorang laki-laki usia 16 tahun, dibawa ke IGD dengan luka tusuk pada dada. Hasil Pemeriksaan: pasien tidak sadar, GCS 111, terdapat luka tusuk pada dinding dada kanan, banyak keluar darah, Suara perkusi dada kanan hiperresonansi, Frekuensi Napas 60 x/menit, SpO₂ 80%, Tekanan Darah 90/60 mmHg, Frekuensi Nadi 120 x/menit, akral dingin, pucat, CRT>4 detik, Suhu 38,80C. Apakah tindakan utama yang harus segera dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Menutup luka tembus
 - b. Menghentikan perdarahan
 - c. Memberikan transfusi darah
 - d. Memberikan bantuan oksigen
 - e. Memberikan cairan melalui intravena

16. Seorang laki-laki usia 22 tahun, dibawa ke IGD akibat kecelakaan lalu lintas 10 menit lalu. Hasil Pemeriksaan: berespon terhadap nyeri, Tekanan Darah 80/65 mmHg, Frekuensi Nadi 114 x/menit, Frekuensi Napas 33 x/menit, terdengar snoring, tampak luka robek di pipi, retraksi supraclavícula, tulang paha kiri keluar disertai pendarahan aktif, akral dingin dan CRT 4 detik. Apakah label triage yang tepat diberikan pada kasus tersebut?
- Kuning
 - Merah
 - Hitam
 - Hijau
 - Biru
17. Seorang anak laki-laki usia 3 tahun datang dengan keluarga ke IGD dengan keluhan yaitu sering mimisan dan gusi mudah sekali berdarah. Dari hasil pengkajian didapatkan Keadaan umum lemah, konjungtiva anemis, terdapat sebuah tanda biru pada lengan serta jari-jari tangan balita. Hasil TTV menunjukkan RR 28 x/menit, HR 115 x/menit, suhu 37,8°C, BB 12 kg, Hb 8,3 gr/dl, RBC 2,82 x 10⁶/uL. Apakah masalah diagnosa keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Keletihan
 - Hipertermi
 - Resiko perdarahan
 - Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer
 - Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
18. Seorang anak laki-laki dengan usia 6 tahun dibawa keluarganya ke IGD karena mengeluh sesak nafas, dan tidak nafsu makan. Dari hasil pengkajian

didapatkan data : suara terdengar murmur, ekstremitas teraba dingin dengan CRT > 3 detik. Hasil TTV menunjukkan RR 27 x/menit, HR 1100 x/menit, T 36,4°C. Keluarga mengatakan bahwa anak mudah lelah dan semakin sesak ketika beraktivitas normal. Apakah diagnosa keperawatan utama pada kasus tersebut?

- a. Intoleransi aktivitas
 - b. Gangguan pola tidur
 - c. Gangguan pola napas
 - d. Penurunan curah jantung
 - e. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan
19. Seorang laki-laki usia 55 tahun, diantar ke IGD karena kecelakaan lalu lintas dengan kondisi tidak sadarkan diri dan kesulitan bernapas. Hasil pengkajian: luka eksoriasi di wajah disertai keluar darah dari hidung dan telinga, luka menganga pada dinding dada kanan sepanjang 3 cm, bunyi sucking chest wound, fraktur femur 1/3 tengah dextra dengan perdarahan massif, akral teraba dingin, TD 135/90 mmHg, frekuensi nadi 125x/menit, frekuensi napas 38x/menit, suhu 36,20C. Apakah kode warna yang dipasang untuk korban pada kasus tersebut?
- a. Biru
 - b. Hijau
 - c. Hitam
 - d. Merah
 - e. Kuning
20. Seorang laki-laki umur 37 tahun, masuk IGD karena mengalami perdarahan akibat luka tusuk pada abdomen pipa besi masih tertancap di rongga dada. Hasil pengkajian: kesadaran menurun, GCS 6, TD 90/60 mmHg, frekuensi nadi 130x/menit, frekuensi

napas 30x/menit, suhu 36,60C, ada tanda syok hemoragik. Apa implementasi prioritas pada kasus tersebut?

- a. Mempertahankan tirah baring
- b. Memasang infus 2 jalur dengan cepat
- c. Mencabut pisau dan menutup lukanya
- d. Mempertahankan pisau tetap pada tempatnya
- e. Merujuk ke RS terdekat untuk dioperasi dantransfusi darah

B. Pembahasan, Rasional dan Jawaban

1. Jawaban : B. Intoleransi aktifitas

Pembahasan : Pada kasus tersebut pasien mengeluhkan tangan dan kaki terasa lemas. Data didukung dengan Hasil Pemeriksaan: fisik berupa penurunan kekuatan otot yang ditandai dengan ekstremitas kanan bisa diangkat akan tetapi langsung jatuh. Kondisi tersebut menunjukkan adanya penurunan kekuatan otot, sehingga diagnosis yang tepat adalah intoleransi aktivitas.

2. Jawaban : B. Asidosis respiratorik tidak terkompensasi.

Pembahasan : Pasien *overdosis tricyclic antidepressant*, mengalami penurunan kesadaran dengan RR 10 x/menit. Hasil analisa gas darah: pH 7,25; PaCO₂ 61 mmHg; PaO₂ 76 mmHg; HCO₃⁻ 26 mmHg; SaO₂ 89%. Interepretasi hasil analisa gas darah yang tepat pada pasien adalah asidosis respiratorik tidak terkompensasi. pH pasien menunjukkan kondisi asidosis, dengan peningkatan kadar PaCO₂ menjadi 61 mmHg (normal 35-45 mmHg) menunjukkan permasalahan terletak pada respirasi (hipoventilasi) sehingga menyebabkan kondisi asidosis. Nilai HC03-

pada pasien tetap normal yaitu 26 mmHg (normal 22-26 mmHg) hal ini menunjukkan tidak terjadinya proses kompensasi.

3. Jawaban : A. Defibrilasi

Pembahasan : Tindakan keperawatan yang tepat dilakukan oleh perawat adalah defibrilasi. Penyakit jantung koroner maupun gagal jantung merupakan salah satu penyebab yang sering menimbulkan ventrikular takikardi. Tindakan yang harus segera dilakukan pada ventrikel takikardi tanpa nadi adalah DC shock atau defibrilasi segera.

4. Jawaban: E. Observasi kepatenan jalan napas

Pembahasan : Head tilt (ekstensi kepala) dilakukan bila jalan napas tertutup oleh lidah pasien. Caranya dengan meletakkan satu telak tangan di dahi pasien dan tekan ke bawah, sehingga kepala menjadi tengadah dan penyangga lidah tegang akhirnya lidah terangkat ke depan. Chin lift (angkat dagu) bertujuan untuk mengangkat otot pangkal lidah ke depan. Caranya menggunakan jari tengah dan telunjuk untuk memegang tulang dagu pasien, kemudian angkat dan dorong tulangnya ke depan. Setelah itu periksa kepatenan jalan napas. Jika pernapasan mulut ke hidung diperlukan, tangan di atas dagu dapat digunakan untuk menutup mulut supaya pernapasan mulut ke hidung lebih efektif.

5. Jawaban : C. Periksa jalan napas

Pembahasan : Saat dalam keadaan darurat, prinsip ABC selalu dikedepankan. Kondisi pasien yang mengalami sianosis dan tidak ada pergerakan dada merupakan gejala bahwa pasien mengalami hambatan pada jalan napas. Hal yang dilakukan selanjutnya

adalah memeriksa apakah ada sumbatan pada jalan napas.

6. Jawaban : E. Menanyakan kepemilikan BPJS dan memberikan alternatif pembiayaan yang lain serta memfasilitasi konsultasi menjelaskan kondisi pasien.

Kata kunci : Hemodialisis cito, menolak karena keterbatasan biaya

Pembahasan : Pada kasus tersebut ungkapan-ungkapan perawat maupun petugas pada jajaran RS akan menjadi sangat sensitive. Oleh karena itu, solusi bijak dengan menanyakan asuransi Kesehatan yang dimiliki oleh pasien.

7. Jawaban : C. 13,5%

Pembahasan : Presentase Luka Bakar, Rule of Nine.

- a. 4,5 %; bukan jawaban yang tepat karena prosentase luka bakar dari siku sampai pergelangan tangan = 4,5 % ditambah seluruh bagian dada = 9 % sehingga totalnya 13,5%
- b. 9 % ; bukan jawaban yang tepat karena prosentase luka bakar dari siku sampai pergelangan tangan = 4,5 % ditambah seluruh bagian dada = 9 % sehingga totalnya 13,5%
- c. 13,5 %; jawaban yang tepat karena prosentase luka bakar dari siku sampai pergelangan tangan = 4,5 % ditambah seluruh bagian dada = 9 % sehingga totalnya 13,5%
- d. 18 % ; bukan jawaban yang tepat karena prosentase luka bakar dari siku sampai pergelangan tangan = 4,5 % ditambah seluruh bagian dada = 9 % sehingga totalnya 13,5%
- e. 22,5 % ; bukan jawaban yang tepat karena prosentase luka bakar dari siku sampai

pergelangan tangan = 4,5 % ditambah seluruh bagian dada = 9 % sehingga totalnya 13,5%.

8. Jawaban : E. 2500 cc

Pembahasan : Luka Bakar, resusitasi cairan, metode Baxter

- Metode baxter : $RL \text{ cc} \times Kg \text{ BB} \times \% \text{ luka bakar}$.
Pemberian dihitung sejak kejadian
- $4 \text{ cc} \times 50 \text{ kg} \times 25 \% = 5000 \text{ cc}$ (abaikan satuan);
untuk 24 jam pertama
- Pemberian :
 - a. 8 jam pertama = $50 \% = \frac{1}{2} \times 5000 = 2500 \text{ cc}$
 - b. 8 jam kedua = $25 \% = \frac{1}{4} \times 5000 = 1250 \text{ cc}$
 - c. 8 jam ketiga = $25 \% = \frac{1}{4} \times 5000 = 1250 \text{ cc}$

9. Jawaban : E. Pemberi Asuhan

Pembahasan : Peran Perawat

- a. Advokat artinya membantu pasien menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan khususnya dalam mengambil persetujuan atas tindakan keperawatan dan melindungi hak-hak pasien.
- b. Edukator artinya memberi pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan baik secara formal dan informal.
- c. Koordinator artinya mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dengan tim kesehatan lainnya.
- d. Kolaborator artinya berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memberikan pelayanan kesehatan.

10. Jawaban : E. Non Maleficence

Pembahasan : Prinsip Etik

- a. Justice artinya Prinsip moral yang mementingkan fairness dan keadilan dalam bersikap maupun

dalam mendistribusikan sumber daya atau pendistribusian dari keuntungan, bahaya dan risiko secara adil.

- b. Autonomy artinya Prinsip ini menjelaskan pemberian kebebasan pada pasien dan keluarga untuk menentukan diri atau mengatur diri sendiri sesuai dengan hakikat manusia yang mempunyai harga diri dan martabat.
- c. Beneficience artinya Berbuat Baik, Prinsip ini menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik untuk mencegah terjadinya kesalahan atau kejahatan.
- d. Accountability artinya perawat harus bertanggung jawab dan menjalankan asuhan sesuai SOP atau standar profesonalitasnya.

11. Jawaban : A. Merah

Pembahasan : Nyeri dada sejak sejam lalu dengan skala 9.

- a. Opsi a label merah tepat karena nyeri dada khas penyakit jantung iskemik dan peningkatan frekuensi napas merupakan kondisi yang mengancam kehidupan dan harus segera ditangani (kondisi gawat darurat)
- b. Opsi b label kuning tidak tepat karena kondisi klien tidak dapat menunggu penanganan dan mengancam nyawa klien
- c. Opsi c tidak tepat karena label hijau bukan kondisi yang mengancam nyawa dan masih dapat menunggu penanganan beberapa jam
- d. Opsi d label hitam tidak tepat karena klien masih hidup
- e. Opsi e tidak tepat karena tidak terdapat label putih

12. Jawaban : D. Bersihan jalan napas tidak efektif

Pembahasan : Terdengar gargling keluar darah dari hidung dan mulut.

- a. Opsi a pola napas tidak efektif kurang tepat karena terdapat data suara napas abnormal
- b. Opsi b kurang tepat karena gangguan mobilitas fisik dapat ditegakkan namun bukan menjadi prioritas masalah keperawatan pada kasus
- c. Opsi c gangguan pertukaran gas tidak tepat karena tidak terdapat data analisa gas darah untuk mendukung penegakan diagnosis
- d. Opsi d tepat karena bersihan jalan napas tidak efektif merupakan masalah keperawatan yang prioritas didukung dengan adanya suara napas abnormal gurgling yang mendandakan jalan napas tidak paten
- e. Opsi e kurang tepat karena penurunan perfusi serebral tidak efektif bukan masalah keperawatan utama pada kasus

13. Jawaban : C. Hipovolemia

Kata kunci : BAK sedikit 3 kali sehari. Hasil Pemeriksaan: di dapatkan data: anak tampak lemah, mukosa bibir kering, turgor kulit tidak elastis, Suhu tubuh 37,50C, Tekanan Darah 100/70 mmHg, Frekuensi Nadi 110 x /menit dan teraba lemah, Frekuensi Napas 24x/menit, hematokrit 48%.

Pembahasan : Hipovolemia adalah Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler hal ini bisa di sebabkan peningkatan permeabilitas kapiler. Hal ini pada kasus diperkuat dengan adanya data pasien tampak lemah, membran mukosa kering, turgor kulit tidak elastis, terjadi peningkatan hematokrit (normalnya 34,9–44.5%) Frekuensi Nadi 110

menunjukkan takikardi, Frekuensi Napas meningkat menunjukkan takipnea, Frekuensi Nadi teraba lemah, volume urin turun berdasarkan data data tersebut dan masalah yang harus segera di atasi, sehingga diagnosis yang tepat mengarah pada hipovolemia.

- a. Jawaban A: Nyeri akut tidak tepat karena pada kasus klien mengeluh nyeri tetapi tanda tanda lain yang mendukung seperti tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, sulit tidur tidak ada.
- b. Jawaban B: Hipertemia juga tidak tepat karena tidak menunjukkan Suhu di atas normal, pada kasus Suhnya tidak melebihi 37,5°C.
- c. Jawaban D: Retensi urin juga tidak tepat karena pada kasus dikatakan Buang air kecil sedikit hal ini di karenakan pasien kurang minum, dan pada kasus tidak ada tanda tanda mayor sensasi penuh pada kandung kemih, tekanan Darah ada dysuria.
- d. Jawaban E: Risiko perdarahan tidak tepat, diagnosis risiko adalah masalah risiko dimana klien berpotensi mengalami perdarahan atau kehilangan darah baik dari dalam maupun luar sedangkan pada kasus tidak ditemukan tanda tanda perdarahan, seperti pteki, mimisan dan lain lain.

14. Jawaban : B. Pola napas tidak efektif

Kata kunci: Efusi pleura, Frekuensi Napas 36 x/menit, pernapasan cuping hidung dan retraksi dinding dada.

Pembahasan : Efusi pleura merupakan kondisi dimana cavum pleura terisi oleh cairan. Hal ini menyebabkan rongga paru semakin sempit, compliance paru semakin kecil. Sebagai kompensasinya paru terjadi perubahan pola napas dengan meningkatkan Frekuensi Napas dan menggunakan otot bantu napas dengan tujuan untuk meningkatkan suplai oksigen ke seluruh tubuh.

Jika paru gagal mengkompensasi, maka terjadi hipoksia yang ditandai dengan penurunan SpO_2 , pucat, dan akral dingin.

Jawaban yang kurang tepat: Pada keadaan Suhu tubuh 36,3 dapat terjadi hipotermia, namun bukan masalah prioritas. hipervolemia bukan masalah yang tepat pada kasus tersebut karena tidak ada data luaran urine dan distensi vena jugularis. Gangguan pertukaran gas belum dapat ditegakkan karena tidak ada data Hasil Pemeriksaan: analisa gas darah. Gangguan perfusi jaringan memerlukan data CRT.

15. Jawaban : A. Menutup luka tembus

Kata kunci: luka tusuk pada dada, suara perkusi dada kanan hiperresonansi.

Pembahasan : Jawaban yang tepat: A menutup luka tembus Berdasarkan kata kunci dan uraian kasus, pasien mengalami open Pneumothorax. Pada open pneumothorax udara yang terperangkap dalam cavum thoraks akan semakin banyak jika lubang dibiarkan terbuka. Udara dalam cavum thoraks akan mengakibatkan semakin kecil compliance paru dan kemudian menyebabkan gagal napas. Oleh karena itu, tindakan menutup luka tusuk harus segera dilakukan.

Jawaban kurang tepat: Menghentikan perdarahan, juga perlu dilakukan setelah tindakan prioritas dilakukan. Tranfusi darah perlu dipersiapkan dan diberikan bila telah ada hasil pemeriksaan Hb < 6 gr %. Oksigen juga perlu diberikan untuk mencegah hipoksia, namun bukan tindakan prioritas. memberikan cairan intravena juga harus segera diberikan, setelah tindakan prioritas diberikan.

16. Kunci Jawaban: B. Merah

Kata kunci: Berespon terhadap nyeri, Snoring, Retraksi supraclavikula, Tekanan Darah 80/65 mmHg, Akral dingin, CRT 4 detik, luka di pipi.

Pembahasan:

Berdasarkan kata kunci dan uraian kasus pasien mengalami gangguan pada komponen vital yaitu: Airway (snoring), Breathing (retraksi supraclavicular), Circulation (syok hypovolemia) dan disability (penurunan kesadaran dengan risiko cedera cervical). Keadaan tersebut menunjukkan kondisi yang mengancam nyawa (life threatening) dan harus segera dilakukan tindakan (urgen), sehingga pasien harus diberikan label triage merah.

Jawaban yang kurang tepat: Triage kuning bila kasus mengancam jiwa tetapi tindakan dapat ditunda (non urgen), Hijau tidak mengancam jiwa dan hitam bila dinyatakan meninggal.

17. Kunci Jawaban: D. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

Pembahasan:

- a. Rasional A : perfusi yang terganggu akan menyebabkan kelelahan dan keletihan pada anak, namun penanganannya tidak prioritas.
- b. Rasional B : terjadi peningkatan suhu namun belum signifikan untuk muncul masalah hipertermia.
- c. Rasional C : ada gejala yang mengarah terjadinya perdarahan namun yang prioritas yang harus ditangani adalah masalah yang aktual.
- d. Rasional D : pendarahan yang terjadi pada kasus diatas akan menyebabkan hb dibawah normal dan hal tersebut merupakan indikasi utama gangguan perfusi jaringan.

- e. Rasional E : keadaan anak yang lemah akan mempengaruhi nafsu makan anak.

18. Kunci Jawaban: D. Penurunan curah jantung

Pembahasan:

- a. Rasional A : kurangnya suplay oksigen akan menyebabkan kelelahan pada anak.
- b. Rasional B : adanya keluhan sesak napas akan dapat menyebabkan gangguan tidur.
- c. Rasional C : anak datang dengan keluhan sesak namun frekuensi napas masih dalam batas normal.
- d. Rasional D : masalah utama yang dapat terjadi pada anak dengan kelainan jantung.
- e. Rasional E : nafsu makan menurun akan berdampak gangguan nutrisi yang kurang.

19. Kunci Jawaban: D. Merah

Pembahasan: Konsep Triage dan Kegawatdaruratan Napas

- a. Warna biru tidak ada rekomendasi pada system Triage
- b. Kode hijau adalah prioritas 3 (tunda atau evakuasi). Penanganan tidak terlalu mendesak dan dapat ditunda jika ada korban lain yang lebih memerlukan. Kategori korban dengan kode hijau diberikan pada korban dengan luka minimal, misalnya luka kecil atau pasien cemas akibat bencana.
- c. Kode hitam adalah prioritas 4 (tidak ada harapan atau meninggal). Kode ini diberikan pada korban meninggal atau luka berat yang sangat luas sehingga tidak ada harapan hidup misalnya korban dengan kematian batang otak dan penyakit terminal.

- d. Warna merah adalah prioritas 1 (prioritas tertinggi) yaitu segera untuk penanganan dan evakuasi misalnya resusitasi untuk penyelamatan. Pneumotoraks terbuka merupakan situasi yang dapat mengancam jiwa bila tidak ditangani segera. Korban mempunyai harapan hidup jika segera diberikan pertolongan, jadi kode warna merah harus ditempelkan pada korban tersebut.
- e. Warna kuning adalah prioritas 2 yang berarti mendesak dimana korban membutuhkan tindakan segera terutama untuk kasus bedah. Korban luka yang tidak mengancam jiwa misalnya fraktur tertutup, trauma dada tertutup tanpa ancaman sesak napas Direkomendasikan untuk evakuasi ke fasilitas pembedahan dalam waktu 6 jam dari kejadian.

Ketahui pokok masalah, system triage dengan standar pengkodean menggunakan warna akan membantu Anda menjawab pertanyaan. Fokus pada informasi dalam pertanyaan. Ingat bahwa kode warna merah harus ditempelkan pada korban yang mempunyai harapan hidup jika pertolongan segera diberikan.

20. Kunci Jawaban: D. Mempertahankan pisau tetap pada tempatnya

Pembahasan: Konsep Airway Breathing

Klien mengalami syok hemoragik, ini dapat dilihat dari adanya pipa besi yang masih tertancap pada dada klien dan mengalami perdarahan, TD menurun, namun frekuensi nadi meningkat. Syok hemoragik disebut juga syok hipovolemik yang diartikan sebagai ketidaknormalan dari sistem peredaran darah yang mengakibatkan perfusi organ dan oksigenasi jaringan yang tidak adekuat akibat dari kehilangan akut volume

darah. Untuk tatalaksana yang pertama kali dilakukan di IGD, sesuai dengan penatalaksanaan syok, termasuk pemasangan dua buah IV line, pemberian cairan infus. kristaloid maupun koloid, pemasangan kateter. Sampai dengan parameter klinisnya stabil, seperti akral hangat, saturasi oksigen >85%, frekuensi nadi mencapai 0,5/kgBB/jam. Perhatikan kondisi klien yang mengalami syok hemoragik yang harus segera mendapat penanganan untuk menyeimbangkan kembali cairan akibat perdarahan yang dialami. Pemasangan infuse dengan 2 jalur merupakan tindakan paling utama dilakukan. Gunakan Prinsip penanganan Pendarahan (Syok Hemoragic) dan Oksigenisasi.



BRANDED
TECH
PUBLISHER



BAB IV

SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Ns. Leni Agustin, S. Kep., M.Kep

A. Soal

1. Seorang kepala ruang rawat inap melakukan pengkajian terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan pada shift pagi. Terdapat 24 pasien yang terdiri dari 8 pasien dengan ketergantungan total, 10 pasien dengan ketergantungan sebagian, dan 6 pasien dengan ketergantungan minimal. Pada shift tersebut terdapat 1 orang kepala ruang, 2 orang perawat primer, dan 4 orang perawat pelaksana. Salah satu perawat pelaksana masih baru dan belum pernah melakukan perawatan pasien dengan ketergantungan total secara mandiri. Apakah tindakan yang paling tepat dilakukan oleh kepala ruang?
 - a. Membagi pasien secara merata berdasarkan jumlah pasien kepada setiap perawat
 - b. Memberikan seluruh pasien ketergantungan total kepada perawat yang paling berpengalaman
 - c. Menyesuaikan pembagian pasien berdasarkan tingkat ketergantungan dan kompetensi perawat
 - d. Menugaskan perawat baru hanya melakukan tindakan keperawatan dasar kepada semua pasien
 - e. Membebaskan setiap perawat memilih pasien yang akan dirawat sesuai dengan kemampuannya

2. Seorang kepala ruang menemukan bahwa dalam satu minggu terakhir terjadi tiga kali kesalahan dalam pemberian obat, dimana pada kedua kasus kesalahan diantaranya telah berakibat terhadap reaksi syok pada pasien, namun beruntung pada saat tersebut, kepala ruang sigap dan segera menerapkan SOP kesalahan pemberian obat. Setelah dilakukan evaluasi dan RCA (*root case analysis*) diketahui bahwa beberapa perawat sering melakukan pemberian obat pada saat yang bersamaan disaat pergantian shift dan juga selain itu, perawat jarang melakukan komunikasi dan cross check ulang ketika menerima informasi terkait terapi pasien dari perawat pada shift sebelumnya. Kepala ruang ingin mencegah kejadian tersebut terulang kembali dan meningkatkan keselamatan pasien. Tindakan manajemen yang paling tepat dilakukan oleh kepala ruang adalah...
 - a. Memberikan teguran tertulis kepada seluruh perawat yang bertugas
 - b. Meminta perawat yang melakukan kesalahan untuk mengganti kerugian pasien
 - c. Melakukan supervisi dan memperbaiki sistem komunikasi serta serah terima antarshift
 - d. Mengurangi jumlah pasien yang dirawat oleh perawat yang melakukan kesalahan
 - e. Memindahkan perawat yang melakukan kesalahan ke ruangan lain
3. Seorang kepala ruang rawat inap melakukan evaluasi pelayanan keperawatan. Dalam satu bulan terakhir ditemukan beberapa masalah, yaitu keterlambatan pemberian obat, dokumentasi asuhan keperawatan yang belum lengkap, dan beberapa pasien mengeluhkan waktu respons perawat yang lama.

Berdasarkan hasil evaluasi, kepala ruang akan meningkatkan mutu pelayanan pada bulan berikutnya. Ia mengadakan rapat dengan perawat untuk menentukan masalah prioritas, menetapkan tujuan yang ingin dicapai, menyusun kegiatan perbaikan, serta menentukan indikator keberhasilan. Fungsi manajemen yang sedang dilakukan oleh kepala ruang pada kasus tersebut adalah ...

- a. Organizing
 - b. Actuating
 - c. Controlling
 - d. Planning
 - e. Staffing
4. Seorang laki-laki, Tn. A, 58 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis medis pneumonia. Pada pukul 14.00 WIB, pasien tampak sesak, frekuensi napas 30 kali/menit, SpO₂ 89% tanpa oksigen, dan pasien tampak gelisah. Perawat jaga sore melakukan pengkajian dan memberikan oksigen sesuai instruksi yang tersedia. Setelah 10 menit, SpO₂ meningkat menjadi 94%, tetapi pasien masih mengeluh sesak. Perawat kemudian menghubungi dokter melalui telepon untuk melaporkan kondisi pasien. Dokter memberikan instruksi: **“Berikan oksigen 4 L/menit melalui nasal kanul dan lakukan pemeriksaan analisis gas darah.”** Perawat mengulang kembali instruksi tersebut kepada dokter untuk memastikan tidak terjadi kesalahan komunikasi, kemudian mencatat instruksi dalam rekam medis dan melaksanakan tindakan. Tindakan perawat yang mengulang kembali instruksi dokter melalui telepon merupakan penerapan konsep komunikasi efektif...
- a. Situation

- b. Background
 - c. Assessment
 - d. TBAK
 - e. Hand over
5. Di ruang rawat inap terdapat 24 pasien dengan tingkat ketergantungan yang berbeda. Kepala ruang memiliki 8 orang perawat yang bertugas dalam satu shift. Agar pelayanan berjalan efektif, kepala ruang membagi perawat berdasarkan tingkat ketergantungan pasien. Dua perawat ditugaskan merawat pasien dengan ketergantungan total, tiga perawat menangani pasien dengan ketergantungan sebagian, dan tiga perawat lainnya menangani pasien dengan ketergantungan minimal. Kepala ruang juga menetapkan tanggung jawab dan wewenang masing-masing perawat selama shift berlangsung. indakan kepala ruang pada kasus tersebut paling tepat menunjukkan fungsi manajemen ...
- a. Planning
 - b. Organizing
 - c. Actuating
 - d. Controlling
 - e. Evaluating
6. Diruang bedah dilaksanakan timbang terima perawat pagi pada perawat sore pada Klien Ny. S, 45 tahun, post operasi apendektomi hari pertama. Perawat menyampaikan: “Ny. S, 45 tahun, post operasi apendektomi hari pertama dimana saat ini pasien mengeluh nyeri pada daerah luka operasi dengan skala 6. Tanda-tanda vital: TD 120/80 mmHg, Nadi 96 kali/menit, RR 22 kali/menit, suhu 37,8°C. Luka operasi tampak kering, tidak ada perdarahan. Pasien sudah mendapatkan analgesik pukul 18.00 WIB. Evaluasi

nyeri perlu dilakukan kembali dan pasien perlu dipantau tanda-tanda infeksi serta kondisi luka operasi.” Bagian komunikasi **SBAR** yang ditunjukkan oleh perawat ketika menyampaikan, *“Evaluasi nyeri perlu dilakukan kembali dan pasien perlu dipantau tanda-tanda infeksi serta kondisi luka operasi”* adalah...

- a. Situation
 - b. Background
 - c. Assessment
 - d. Recommendation
 - e. Identification
7. Seorang laki-laki, 58 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis medis gagal jantung. Kepala ruang menerapkan sistem pelayanan di mana satu perawat bertanggung jawab secara menyeluruh terhadap asuhan keperawatan pasien sejak masuk hingga pulang. Perawat tersebut melakukan pengkajian, menyusun rencana keperawatan, mengoordinasikan tindakan dengan perawat lain, mengevaluasi hasil asuhan, dan menjadi penghubung utama antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Saat perawat tersebut tidak berdinās, perawatan dilanjutkan oleh associate nurse sesuai rencana yang telah dibuat. Metode penugasan apakah yang paling tepat diterapkan pada kasus tersebut?
- a. Metode fungsional
 - b. Metode tim
 - c. Metode primer
 - d. Metode kasus/individu
 - e. Metode modular
8. Seorang laki-laki, 65 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis medis stroke iskemik. Pasien mengalami kelemahan ekstremitas kanan, gangguan

menelan, dan membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari. Hasil pengkajian menunjukkan pasien berisiko mengalami aspirasi dan dekubitus. Perawat primer berencana menyusun intervensi bersama tim kesehatan. Dokter memberikan terapi medis, ahli gizi mengatur kebutuhan nutrisi, fisioterapis merencanakan latihan mobilisasi, dan perawat melakukan pemantauan kondisi serta pemenuhan kebutuhan dasar pasien. Tindakan yang paling tepat dilakukan perawat dalam konteks kolaborasi interprofessional adalah...

- a. Melaksanakan seluruh intervensi pasien agar pelayanan lebih cepat
 - b. Menunggu instruksi dokter sebelum berkoordinasi dengan profesi lain
 - c. Mengidentifikasi kebutuhan pasien dan mengomunikasikannya kepada profesi terkait untuk menyusun rencana asuhan bersama
 - d. Meminta ahli gizi menentukan latihan mobilisasi pasien
 - e. Menyerahkan seluruh perawatan pasien kepada fisioterapis karena pasien mengalami kelemahan ekstremitas
9. Di sebuah ruang rawat inap terjadi konflik antara dua orang perawat. Perawat A merasa Perawat B sering meninggalkan pekerjaan saat pergantian shift sehingga beban kerjanya menjadi lebih berat. Sebaliknya, Perawat B merasa Perawat A tidak mau membantu ketika kondisi ruangan sedang sibuk. Kepala ruangan mengetahui konflik tersebut dan memanggil kedua perawat untuk berdiskusi. Kepala ruangan mendengarkan penjelasan dari kedua pihak secara objektif, kemudian membantu mereka mengidentifikasi

penyebab masalah dan menyusun kesepakatan pembagian tanggung jawab yang lebih jelas. Tindakan kepala ruangan yang paling tepat menunjukkan fungsi kepemimpinan adalah...

- a. Memberikan teguran kepada Perawat B karena dianggap sebagai penyebab masalah
- b. Memindahkan salah satu perawat ke ruangan lain
- c. Membiarkan kedua perawat menyelesaikan masalah sendiri
- d. Memfasilitasi komunikasi untuk mencapai penyelesaian konflik
- e. Memberikan hukuman kepada kedua perawat agar tidak mengulangi konflik

10. Seorang kepala ruang mendapatkan hasil survei bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan turun dari 85% menjadi 68% dalam tiga bulan terakhir. Hasil analisis menunjukkan bahwa penurunan terutama terjadi pada aspek keramahan perawat dan keterlibatan keluarga dalam pemberian informasi. Kepala ruang telah menyampaikan hasil tersebut kepada perawat dan memberikan kesempatan kepada tim untuk mengidentifikasi penyebab masalah. Langkah selanjutnya yang paling tepat adalah ...

- a. Membuat rencana perbaikan berdasarkan masalah yang ditemukan dan menentukan indikator evaluasi
- b. Memberikan teguran tertulis kepada seluruh perawat
- c. Menghentikan survei kepuasan sampai kondisi membaik
- d. Menyampaikan hasil survei kepada pasien tanpa melakukan perubahan pelayanan

- e. Menyerahkan seluruh masalah kepada kepala bidang keperawatan

B. Pembahasan, Rasional dan Jawaban

1. Jawaban C

Rasional :

Pembagian tugas dengan mempertimbangkan tingkat ketergantungan pasien, jumlah pasien, beban kerja, serta kompetensi perawat. Pasien total care membutuhkan waktu dan keterampilan lebih besar sehingga harus diberikan kepada perawat yang kompeten dan dapat ditambah dengan dilakukan dengan supervisi. Pembagian pasien yang hanya berdasarkan jumlah pasien tidak tepat karena work load setiap pasien berbeda ada yang parsial, total, minimal. Perawat baru juga tidak seharusnya langsung diberikan pasien dengan ketergantungan total secara mandiri tanpa mempertimbangkan kompetensinya.

- Review: Manajemen sumber daya manusia, pembagian tugas, delegasi, dan pengaturan beban kerja
- Tinjauan:
 - 1) Kompetensi : Pengaturan ketenagaan dalam manajemen asuhan keperawatan
 - 2) Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3) Keilmuan : Manajemen Keperawatan
 - 4) Proses Keperawatan : Implementasi
 - 5) Upaya Kesehatan : Manajemen SDM
 - 6) Kebutuhan Dasar : Belajar

7) Sistem : Pengaturan
ketenagaan

2. Jawaban C

Rasional :

Masalah pada kasus tidak hanya berkaitan dengan kesalahan individu, tetapi juga menunjukkan adanya kelemahan sistem komunikasi dan proses serah terima antarshift. Kepala ruang perlu melakukan supervisi, mengidentifikasi akar masalah RCA (*root case analysis*), serta memperbaiki proses handover agar informasi mengenai terapi pasien dapat disampaikan secara lengkap dan akurat. Teguran atau hukuman kepada perawat bukan merupakan langkah utama karena belum menyelesaikan masalah sistem. Perbaikan dapat dilakukan melalui standarisasi serah terima, komunikasi efektif, pengecekan ulang terapi, supervisi, dan evaluasi kepatuhan terhadap prosedur pemberian obat.

- Review: RCA

- Tinjauan:

- | | | |
|-----------------------|---|--|
| 1) Kompetensi | : | Supervisi,
komunikasi, keselamatan pasien |
| 2) Domain | : | Pengetahuan Kognitif |
| 3) Keilmuan | : | Manajemen
Keperawatan |
| 4) Proses Keperawatan | : | Implementasi |
| 5) Upaya Kesehatan | : | Manajemen SDM |
| 6) Kebutuhan Dasar | : | Belajar |
| 7) Sistem | : | Mutu |

3. Jawaban D

Rasional :

Planning atau perencanaan merupakan fungsi manajemen yang meliputi proses menentukan masalah, menetapkan tujuan, menyusun strategi atau kegiatan, serta menentukan indikator pencapaian sebelum kegiatan dilaksanakan. Pada kasus tersebut, kepala ruang mengidentifikasi masalah, menentukan prioritas, menetapkan tujuan, menyusun kegiatan perbaikan, dan menentukan indikator keberhasilan. Hal tersebut merupakan karakteristik utama fungsi planning.

- Organizing → mengatur pembagian tugas, wewenang, dan sumber daya.
- Actuating → menggerakkan dan mengarahkan staf untuk melaksanakan kegiatan.
- Controlling → memantau dan mengevaluasi pelaksanaan dibandingkan dengan standar.
- Staffing → mengelola kebutuhan dan penempatan tenaga keperawatan.
- Review: Perencanaan SDM
- Tinjauan:

1) Kompetensi	: POACS
2) Domain	: Pengetahuan Kognitif
3) Keilmuan	: Manajemen Keperawatan
4) Proses Keperawatan	: Implementasi
5) Upaya Kesehatan	: Manajemen SDM
6) Kebutuhan Dasar	: Belajar
7) Sistem	: Pengelolaan SDM

4. Jawaban D

Rasional :

TBAK merupakan salah satu metode komunikasi efektif dalam pelayanan keperawatan, terutama saat

menerima instruksi melalui komunikasi verbal atau telepon.

- T (Tulis): perawat menulis/mencatat instruksi yang diberikan.
- B (Baca): perawat membaca kembali instruksi yang telah ditulis.
- A (Afiriasi): dokter mengonfirmasi bahwa instruksi yang dibaca perawat sudah benar.

Pada kasus tersebut, perawat mengulang kembali instruksi dokter untuk memastikan kebenaran informasi sebelum melaksanakan tindakan. Hal ini bertujuan mencegah kesalahan komunikasi dan meningkatkan keselamatan pasien.

- Review: Komunikasi efektif

- Tinjauan:

- 1) Kompetensi Keperawatan : Manajemen Asuhan
- 2) Domain : Pengetahuan Kognitif
- 3) Keilmuan : Manajemen Keperawatan
- 4) Proses Keperawatan : Implementasi
- 5) Upaya Kesehatan : Manajemen Keperawatan
- 6) Kebutuhan Dasar : Belajar
- 7) Sistem : manajemen dalam asuhan keperawatan

5. Jawaban B

Rasional :

Organizing atau pengorganisasian merupakan proses mengatur sumber daya, pembagian pekerjaan, tanggung jawab, wewenang, serta koordinasi antaranggota agar tujuan organisasi dapat tercapai

secara efektif dan efisien. Pada kasus tersebut, kepala ruang membagi perawat berdasarkan kebutuhan pasien serta menetapkan tanggung jawab dan wewenang masing-masing perawat. Oleh karena itu, tindakan tersebut merupakan fungsi organizing.

- Planning → menentukan tujuan dan rencana kegiatan.
 - Organizing → membagi tugas, tanggung jawab, wewenang, dan sumber daya.
 - Actuating → memberikan motivasi, arahan, dan menggerakkan staf.
 - Controlling → melakukan pemantauan terhadap pelaksanaan kegiatan.
 - Evaluating → menilai hasil pelaksanaan dan menentukan tindak lanjut.
- Review: Pengorganisasian SDM
- Tinjauan:
- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1) Kompetensi Keperawatan | : Manajemen Asuhan |
| 2) Domain | : Pengetahuan Kognitif |
| 3) Keilmuan Keperawatan | : Manajemen |
| 4) Proses Keperawatan | : Implementasi |
| 5) Upaya Kesehatan | : Manajemen SDM |
| 6) Kebutuhan Dasar | : Belajar |
| 7) Sistem Keperawatan | : Pengelolaan Asuhan |

6. Jawaban D

Rasional :

SBAR merupakan metode komunikasi terstruktur yang terdiri dari:

- S – Situation : menjelaskan situasi atau kondisi pasien saat ini. Contoh : pasien post operasi dan mengeluh nyeri skala 6.
- B – Background : menjelaskan informasi atau riwayat yang berkaitan dengan kondisi pasien. Contoh: pasien post operasi apendektomi hari pertama.
- A – Assessment: menyampaikan hasil pengkajian atau penilaian perawat. Contoh: TD 120/80 mmHg, nadi 96 kali/menit, RR 22 kali/menit, suhu 37,8°C, luka kering dan tidak ada perdarahan.
- R – Recommendation : menyampaikan rencana atau tindakan yang perlu dilakukan selanjutnya. Contoh: evaluasi kembali nyeri dan pantau tanda-tanda infeksi serta kondisi luka operasi.

Dalam hand over, SBAR membantu memastikan informasi penting mengenai pasien disampaikan secara sistematis, jelas, lengkap, dan tidak terputus, sehingga perawat pada shift berikutnya dapat melanjutkan asuhan secara aman dan tepat.

- Review: Hand over

- Tinjauan:

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1) Kompetensi Keperawatan | : Manajemen Asuhan |
| 2) Domain | : Pengetahuan Kognitif |
| 3) Keilmuan Keperawatan | : Manajemen |
| 4) Proses Keperawatan | : Implementasi |
| 5) Upaya Kesehatan | : Komunikasi efektif |
| 6) Kebutuhan Dasar | : Belajar |
| 7) Sistem Keperawatan | : manajemen Asuhan |

7. Jawaban C

Rasional :

Metode primer (Primary Nursing) ditandai dengan adanya perawat primer yang bertanggung jawab terhadap keseluruhan proses asuhan keperawatan pasien, mulai dari pengkajian, perencanaan, implementasi, koordinasi, hingga evaluasi. Ketika perawat primer tidak bertugas, asuhan dilanjutkan oleh associate nurse berdasarkan rencana yang telah ditetapkan.

- Metode fungsional: perawat diberikan tugas berdasarkan fungsi tertentu, misalnya satu perawat khusus memberikan obat dan perawat lain melakukan tindakan.
- Metode tim: sekelompok perawat bekerja bersama memberikan asuhan kepada sekelompok pasien di bawah koordinasi ketua tim.
- Metode kasus/individu: satu perawat memberikan seluruh asuhan kepada pasien selama satu shift.
- Metode modular: merupakan modifikasi metode tim berdasarkan pembagian area atau kelompok pasien tertentu.
- Review: Metode Penugasan
- Tinjauan:
 - 1) Kompetensi : Pengaturan Ketenagaan dalam Manajemen Keperawatan
 - 2) Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3) Keilmuan : Manajemen Keperawatan
 - 4) Proses Keperawatan : Implementasi
 - 5) Upaya Kesehatan : Ketepatan dalam penerapan model penugasan
 - 6) Kebutuhan Dasar : Belajar

7) Sistem : Pengaturan Ketenagaan

8. Jawaban C

Rasional :

Kolaborasi interprofessional merupakan kerja sama beberapa profesi kesehatan dengan peran dan kompetensi masing-masing untuk mencapai tujuan pelayanan yang berpusat pada pasien. Pada kasus tersebut, pasien memiliki masalah yang membutuhkan pendekatan multidisiplin, yaitu risiko aspirasi, gangguan mobilitas, kebutuhan nutrisi, dan risiko dekubitus. Perawat berperan melakukan pengkajian, mengidentifikasi masalah, kemudian mengomunikasikan kebutuhan pasien kepada profesi terkait dan berkoordinasi dalam penyusunan rencana asuhan.

- A salah: Perawat tidak dapat mengambil alih seluruh peran profesi lain.
- B salah: Kolaborasi tidak harus menunggu instruksi dokter.
- D salah: Penentuan latihan mobilisasi merupakan kompetensi fisioterapis.
- E salah: Perawat tetap bertanggung jawab terhadap aspek keperawatan pasien.

- Review: patient-centered care

- Tinjauan:

- 1) Kompetensi : Kolaborasi Interprofesional
- 2) Domain : Pengetahuan Kognitif
- 3) Keilmuan : Manajemen Keperawatan
- 4) Proses Keperawatan : Implementasi
- 5) Upaya Kesehatan: Komunikasi Interprofesional
- 6) Kebutuhan Dasar : Belajar
- 7) Sistem : Pembagian peran profesional

9. Jawaban D

Rasional :

Kemimpin keperawatan harus mampu mengelola konflik secara konstruktif. Kepala ruangan pada kasus tersebut tidak langsung menyalahkan salah satu pihak, tetapi mendengarkan kedua pihak dan memfasilitasi komunikasi untuk menemukan solusi. Pendekatan ini dapat meningkatkan hubungan interpersonal, kerja sama tim, dan kualitas pelayanan keperawatan. Pilihan A dan E tidak tepat karena pemimpin belum melakukan identifikasi masalah secara objektif. Pilihan B merupakan tindakan yang dapat dilakukan bila konflik tidak dapat diselesaikan, tetapi bukan langkah pertama. Pilihan C menunjukkan kurangnya fungsi kepemimpinan.

- Review: Gaya Kepemimpinan
- Tinjauan:
 - 1) Kompetensi : Kepemimpinan dalam manajemen keperawatan
 - 2) Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3) Keilmuan : Manajemen Keperawatan
 - 4) Proses Keperawatan : Implementasi
 - 5) Upaya Kesehatan : Komunikasi intrapersonal
 - 6) Kebutuhan Dasar : Belajar
 - 7) Sistem : Kepemimpinan

10. Jawaban A

Rasional :

Setelah hasil evaluasi dianalisis dan masalah diidentifikasi, tahap berikutnya adalah menyusun rencana tindak lanjut/perbaikan. Rencana harus spesifik dan memiliki indikator yang dapat dievaluasi

kembali. Contohnya adalah meningkatkan komunikasi dengan keluarga, melakukan briefing mengenai komunikasi terapeutik, melakukan supervisi, kemudian mengukur kembali tingkat kepuasan pasien setelah intervensi dilakukan. Hal ini sesuai dengan prinsip perbaikan mutu berkelanjutan (*continuous quality improvement*).

- Review: Kepuasan Pasien
- Tinjauan:
 - 1) Kompetensi : Pengawasan dalam manajemen keperawatan
 - 2) Domain : Pengetahuan Kognitif
 - 3) Keilmuan : Manajemen Keperawatan
 - 4) Proses Keperawatan : Implementasi
 - 5) Upaya Kesehatan : Mutu
 - 6) Kebutuhan Dasar : Belajar
 - 7) Sistem : Evaluasi Tingkat Kepuasan



BAB V

SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN MATERNITAS

Ns. Yuana Dwi Agustin, SKM., S. Kep., M. Kes., PhDN

A. Soal

1. Seorang Perempuan usia 25 tahun, G1P0A0 hamil 8 minggu, datang ke klinik ANC, Hasil Pemeriksaan: pasien sering mual dan muntah pagi hari, makanan hanya habis 3 atau 4 sendok dan dilanjutkan dengan muntah. Tekanan Darah 100/60mmHg, Frekuensi Nadi 80 x/menit, Frekuensi napas 20x/menit, Suhu 37°C . Apakah masalah keperawatan utama pada kasus diatas ?
 - a. Kekurangan Nutrisi dari kebutuhan
 - b. Gangguan rasa nyaman mual
 - c. Risiko kekurangan nutrisi
 - d. Intake yang kurang
 - e. Kekurangan cairan
2. Seorang perempuan G2P1A0 usia kehamilan 32 minggu datang ke klinik dengan keluhan keluar darah merah segar dari vagina sejak satu jam yang lalu. Pasien tidak mengeluhkan nyeri perut. Tanda vital stabil dan denyut jantung janin 144 x/menit. Apa kondisi yang paling perlu dicurigai?
 - a. Solusio plasenta
 - b. Plasenta previa
 - c. Abortus imminens
 - d. Kehamilan ektopik

- e. Ruptur uteri
3. Seorang Perempuan, 23 tahun, G1P0A0 hamil 30 minggu, diantara suami ke klinik ANC. Hasil Pemeriksaan: mengalami kesulitan BAB, dengan upaya mencedan. Tekanan Darah 110/70 mm Hg, Frekuensi Nadi 76 x/menit, Frekuensi napas 20 x/menit. TFU, 32 cm, DJJ 120 x/menit. Klien kurang paham tentang bagaimana mengatasi kesulitan BAB pada masa kehamilan, Apakah pendidikan kesehatan prioritas yang tepat pada kasus tersebut ?
- Penggunaan korset dan baju hamil
 - Konsumsi makanan rendah serat
 - Makan makanan tinggi serat
 - Valsava manuver dikurangi
 - Aktivitas dan istirahat
4. Seorang Perempuan, 23 tahun, datang ke poli kebidanan dengan keluhan mual muntah dan rasa tidak nyaman pada lambung. Saat dilakukan pengkajian, wajah terlihat pucat dan lemas, Tekanan Darah 100/70 mmHg, Frekuensi Nadi 70x/menit, pernapasan 20x/menit, Suhu 36,5°C, umur kehamilan 8 minggu. Apakah hormon yang berperan pada kasus tersebut?
- HCG
 - FSH
 - HPL
 - Estrogen
 - Progesterone
5. Seorang Perempuan, 25 tahun, pasca persalinan normal hari kedua. Hasil Pemeriksaan: ada luka episiotomi pada area perineum, jahitan masih basah, ekspresi wajah meringis kesakitan saat merubah posisi tidur. Perawat akan melakukan pemeriksaan fisik pada

area genetalia ekseternal, Apakah yang harus di lakukan perawat terlebih dahulu?

- a. Memasang perlat
 - b. Memeriksa haemoroid
 - c. Memeriksa tanda reeda
 - d. Memasang sarung tangan
 - e. Memberikan posisi nyaman
6. Seorang perempuan G1P0A0 usia kehamilan 36 minggu datang ke ruang antenatal untuk pemeriksaan kehamilan. Perawat melakukan pemeriksaan Leopold. Pada **Leopold I**, fundus uteri teraba bagian janin yang **bulat, keras, dan melenting**. Pada **Leopold II**, pada sisi kanan abdomen ibu teraba permukaan yang **panjang, keras, dan rata**, sedangkan pada sisi kiri teraba bagian-bagian kecil janin. Pada **Leopold III**, bagian terbawah janin teraba **bulat, keras, dan masih dapat digerakkan**. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut interpretasi yang paling tepat pada kasus di atas ?
- a. Janin letak lintang dengan punggung berada di sisi kanan ibu
 - b. Janin presentasi bokong dengan punggung berada di sisi kanan ibu
 - c. Janin presentasi kepala dengan punggung berada di sisi kanan ibu
 - d. Janin presentasi kepala dengan punggung berada di sisi kiri ibu
 - e. Janin presentasi bokong dengan punggung berada di sisi kiri ibu
7. Seorang Perempuan datang ke IGD Maternal dirujuk dari klinik dengan indikasi perdarahan postpartum dan plasenta tertinggal di dalam. Hasil Pemeriksaan: Tekanan Darah 60/50 mmHg, RR: 40x/menit, Frekuensi Nadi 130/menit, Suhu 35°C. Darah terus

- mengalir dari vagina, mulai mengalami penurunan kesadaran. Apakah diagnosis prioritas yang dapat ditegakkan dari kasus tersebut?
- Nyeri berhubungan dengan trauma jaringan
 - Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian
 - Risiko tinggi cedera berhubungan dengan Hipoksia jaringan
 - Penurunan kardiak *output* berhubungan dengan perdarahan dalam jumlah besar
 - Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan terganggunya aliran/sirkulasi darah
8. Seorang Ibu hamil dengan status obstetri G4P2A1 datang ke klinik kandungan, pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan HPHT pada tanggal 2 September 2024, Setelah itu perawat melakukan perhitungan taksiran partus dengan menggunakan rumus Naegele. Berdasarkan data di atas. Tanggal berapakah ibu hamil tersebut diperkirakan partus?
- 05 juni 2025
 - 09 juni 2025
 - 09 juli 2025
 - 05 juli 2025
 - 06 juli 2025
9. Seorang ibu postpartum hari ke-4 mengeluh kedua payudaranya terasa penuh, keras, dan nyeri. Bayi menyusu hanya 3 kali sehari karena ibu merasa ASI belum keluar. Suhu tubuh 37,2°C. Apakah Intervensi yang paling tepat kasus di atas?
- Menghentikan pemberian ASI
 - Membatasi asupan cairan ibu
 - Meningkatkan frekuensi menyusui dan memperbaiki pelekatan
 - Memberikan antibiotik tanpa pemeriksaan

- e. Menghentikan pengosongan payudara
- 10. Seorang ibu telah melahirkan secara spontan pada pukul 22.00 tanggal 12 September 2025 pukul 20.00. Anda melakukan pengkajian fisik dan melakukan tindakan keperawatan pada ibu tersebut. Perilaku etik dalam keperawatan salah satunya adalah memberikan tindakan dan pengobatan yang bermanfaat bagi klien. Apakah perilaku etik dalam memberikan tindakan?
 - a. Asas menghormati otonomy klien (autonomy)
 - b. Asas tidak merugikan (non –maleficence)
 - c. Pemberian pembelaan (advocacy)
 - d. Asas manfaat (beneficence)
 - e. Asas kejujuran (veracity)

B. Pembahasan, Rasional dan Jawaban

- 1. Jawaban : C
Pembahasan :
 - a. Jawaban a kurang tepat Diagnosis ini menunjukkan bahwa kekurangan nutrisi sudah terjadi dan biasanya harus didukung data seperti penurunan berat badan, IMT menurun, kelemahan, atau tanda objektif malnutrisi. Pada kasus ini belum ada data yang membuktikan bahwa pasien sudah mengalami kekurangan nutrisi. Baru terdapat asupan yang sangat sedikit disertai muntah.
 - b. Jawaban b kurang tepat masalah Mual keluhan utama pasien. Namun, pada kasus ini mual dan muntah sudah menyebabkan makanan hanya masuk 3–4 sendok kemudian dimuntahkan. peningkatan hormone estrogen dan progesteron berdampak terpicunya mual dan muntah

- c. Jawaban c tepat karena klien mengalami resiko kekurangan nutrisi, Pasien hamil 8 minggu mengalami: mual dan muntah berulang, asupan makanan sangat sedikit, makanan yang masuk sering dimuntahkan. Kondisi tersebut merupakan faktor risiko terjadinya kekurangan nutrisi. Namun, belum terdapat bukti kuat bahwa kekurangan nutrisi sudah terjadi. Karena itu digunakan diagnosis risiko, bukan diagnosis aktual.
- d. Jawaban d kurang tepat karena "Intake yang kurang" merupakan data masalah klinis, bukan diagnosis keperawatan utama yang berdiri sendiri. Data ini menjadi dasar untuk menentukan diagnosis risiko kekurangan nutrisi masih bisa makan meskipun 3-4 sendok
- e. Jawaban e kurang tepat karena Muntah dapat menyebabkan kehilangan cairan, tetapi belum ada tanda dehidrasi yang jelas. belum menunjukkan bukti kekurangan cairan. data seperti mukosa kering, turgor kulit menurun, oliguria, atau takikardia.

2. Jawaban: B

Pembahasan:

- a. Jawaban a kurang tepat Solusio plasenta Perdarahan trimester II–III disertai nyeri abdomen/uterus, uterus tegang/nyeri, dapat disertai gawat janin
- b. Jawaban b tepat, Plasenta previa Perdarahan trimester II–III merah segar, biasanya tanpa nyeri, uterus umumnya lunak
- c. Jawaban c kurang tepat Abortus imminens : Perdarahan pada kehamilan <20 minggu, biasanya nyeri ringan/kram, serviks masih tertutup, kehamilan masih dapat dipertahankan

- d. Jawaban d kurang tepat Kehamilan ektopik : Umumnya awal kehamilan, nyeri abdomen/panggul, perdarahan pervaginam; bila ruptur dapat terjadi syok
 - e. Jawaban e kurang tepat Ruptur uteri Biasanya saat persalinan; nyeri abdomen hebat/tiba-tiba, dapat terjadi perubahan/berhentinya kontraksi, bagian janin mudah teraba, tanda syok dan gawat janin.
3. Kunci Jawaban : C
- Pembahasan:
- a. Jawaban a kurang tepat karena Korset/baju hamil bukan intervensi utama untuk mengatasi konstipasi.
 - b. Jawaban b kurang tepat karena Diet rendah serat justru dapat memperburuk konstipasi karena serat membantu meningkatkan volume dan kelembutan feses.
 - c. Jawaban c tepat karena Serat membantu meningkatkan massa feses dan memperlancar proses defekasi. Contohnya sayur, buah, kacang-kacangan, dan biji-bijian utuh. Perubahan hormonal dan pembesaran uterus dapat memperlambat motilitas usus ,merupakan edukasi prioritas pada ibu hamil dengan konstipasi.
 - d. Jawaban d kurang tepat karena Mengejan berlebihan memang sebaiknya dihindari. mengurangi Valsalva bukan edukasi mengatasi penyebab konstipasinya.
 - e. Jawaban e kurang tepat karena Aktivitas fisik yang sesuai kehamilan memang dapat membantu motilitas usus.
4. Kunci Jawaban : A
- Pembahasan:

- a. Jawaban a tepat karena HCG diproduksi oleh trofoblas/plasenta sejak awal kehamilan. Kadarnya meningkat pesat pada trimester pertama dan mencapai puncak sekitar 8–12 minggu. Kadar hCG yang tinggi berkaitan dengan munculnya mual dan muntah pada awal kehamilan (morning sickness). Karena klien hamil 10 minggu dengan mual muntah.
- b. Jawaban b kurang tepat karena FSH berperan dalam pematangan folikel ovarium dan regulasi siklus menstruasi.
- c. Jawaban c kurang tepat karena HPL (Human Placental Lactogen) hormon yang di produksi plasenta dan berperan dalam perubahan metabolisme serta persiapan untuk laktasi.
- d. Jawaban d kurang tepat karena Estrogen meningkat selama kehamilan dan berperan dalam pertumbuhan uterus, perkembangan payudara
- e. Jawaban e kurang tepat karena Progesteron penting untuk mempertahankan kehamilan dan mengurangi kontraksi uterus

5. Kunci Jawaban : D

Pembahasan:

- a. Jawaban a kurang tepat karena tindakan pertama sebelum melakukan kontak langsung dengan area genital dan luka episiotomi
- b. Jawaban b kurang tepat karena tindakan kasus ini fokus pemeriksaan adalah area anogenital dan luka episiotomi
- c. Jawaban c kurang tepat karena untuk menilai penyembuhan luka perineum/episiotomi: R – Redness: kemerahan E – Edema: pembengkakan E – Ecchymosis: memar D – Discharge:

pengeluaran/cairan A – Approximation: penyatuan tepi luka

- d. Jawaban d tepat menggunakan sarung tangan sebelum melakukan pemeriksaan.
- e. Jawaban e kurang tepat karena bukan tindakan utama untuk mencegah kontaminasi saat pemeriksaan anogenital.

6. Kunci Jawaban: C

Pembahasan

- a. Jawaban a kurang tepat Pada letak lintang, bagian kepala dan bokong umumnya berada di sisi kanan dan kiri abdomen ibu, bukan kepala berada sebagai bagian terbawah.
- b. Jawaban b kurang tepat, Leopold II adalah menentukan letak punggung dan bagian kecil janin.
- c. Jawaban c tepat pemeriksaan Leopold III bertujuan menentukan bagian terbawah janin/presentasi
- d. Jawaban d kurang tepat Leopold I adalah menentukan bagian janin yang berada di Fundus teraba bulat, keras, dan melenting.
- e. Jawaban e kurang tepat

7. Kunci Jawaban : E

Pembahasan

- a. Jawaban a kurang tepat karena bukan masalah prioritas utama pada kondisi ini. Pasien mengalami perdarahan
- b. Jawaban b kurang tepat karena data utama menunjukkan masalah fisiologis yaitu gangguan sirkulasi akibat kehilangan darah.
- c. Jawaban c kurang tepat karena Diagnosis risiko digunakan ketika masalah belum terjadi. Pada kasus ini gangguan perfusi sudah ditunjukkan data aktual: hipotensi berat, takikardia, takipnea,

hipotermia, dan penurunan kesadaran. Jadi, bukan lagi sekadar risiko.

- d. Jawaban d kurang tepat karena cardiac output menurun. pada fungsi pompa jantung. Data secara langsung menunjukkan gangguan perfusi sistemik akibat kehilangan darah.
- e. Jawaban e tepat karena sesuai kondisi pasien mengalami tanda-tanda gangguan perfusi akibat kehilangan darah yang berat: Perdarahan postpartum terjadi ketika ibu yang baru saja melahirkan kehilangan darah lebih dari 500 ml dalam kurun waktu 24 jam

8. Kunci Jawaban : B

Pembahasan

- a. Jawaban a kurang tepat karena tanggal tidak sesuai dengan perhitungan Naegele
- b. Jawaban b tepat HPHT pada tanggal 2 September 2024. Pembahasan: Rumus menentukan Tapsiran Persalinan dengan metode NEAGLE adalah hari +7, bulan -3, tahun, +1. Jadi, apabila dimasukkan tanggal HPHT 2 September 2024, Tanggal: $2 + 7 = 9$, Bulan: September - 3 bulan = Juni, Tahun: $2024 + 1 = 2025$ maka TP Ibu tanggal 9 juni 2025.
- c. Jawaban c kurang tepat karena tanggal 9 sudah benar, tetapi bulan salah.
- d. Jawaban d kurang tepat tanggal maupun bulan tidak sesuai dengan rumus Naegele
- e. Jawaban e kurang tepat karena Hasil ini juga tidak sesuai dengan perhitungan Naegele

9. Kunci Jawaban : C

Pembahasan

- a. Jawaban a kurang tepat menghentikan ASI justru dapat menyebabkan ASI semakin menumpuk di payudara sehingga rasa penuh, keras, dan nyeri semakin berat.
- b. Jawaban b kurang tepat Pembatasan cairan bukan terapi untuk bendungan ASI. Ibu menyusui membutuhkan cairan yang cukup untuk mempertahankan hidrasi dan mendukung proses menyusui.
- c. Ini merupakan intervensi utama. Bayi hanya menyusu 3 kali sehari sehingga payudara tidak dikosongkan secara optimal. ASI yang tertahan menyebabkan payudara menjadi penuh, keras, dan nyeri.
- d. Antibiotik tidak diberikan secara rutin hanya karena payudara terasa penuh dan nyeri. Pada kasus ini suhu ibu 37,2°C dan tidak terdapat data yang mengarah kuat pada infeksi.
- e. Justru berlawanan dengan prinsip penatalaksanaan. Penghentian pengosongan payudara dapat menyebabkan ASI semakin tertahan dan memperberat bendungan.

10. Kunci Jawaban : D

Pembahasan

- a. Jawaban a kurang tepat karena menghormati hak pasien untuk menentukan pilihan terhadap dirinya sendiri setelah mendapatkan informasi yang cukup.
- b. Jawaban b tidak tepat karena Non-maleficence, yaitu tidak melakukan tindakan yang dapat membahayakan atau merugikan pasien.
- c. Jawaban c kurang tepat karena Advocacy berarti membela dan melindungi hak serta kepentingan pasien.

- d. Jawaban d tepat karena Beneficence merupakan tindakan yang dilakukan untuk kebaikan orang lain. Prinsip moral beneficence adalah kewajiban moral untuk melakukan suatu tindakan demi kebaikan atau kemanfaatan orang lain (pasien).
- e. Jawaban e kurang tepat karena Veracity berarti berkata jujur dan memberikan informasi yang benar kepada pasien.



BRANDED
TECH
PUBLISHER

BAB VI

SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN JIWA

Ns. Rany Agustin Wulandari, S. Kep., M. Kep

A. Soal

1. Seorang laki-laki, 32 tahun, dirawat di ruang rawat inap jiwa sejak 5 hari yang lalu dengan diagnosis medis skizofrenia. Saat dilakukan pengkajian, pasien tampak sering menyendiri, sesekali menutup kedua telinganya, dan berbicara sendiri. Ketika perawat mendekati pasien, pasien mengatakan, *"Ada suara yang terus berbicara kepada saya. Suara itu mengatakan bahwa saya adalah orang yang gagal dan menyuruh saya pergi dari rumah sakit."* Pasien tampak cemas dan beberapa kali melihat ke arah sudut ruangan. Perawat ingin melakukan intervensi awal terhadap masalah pasien.
Apakah tindakan keperawatan yang paling tepat dilakukan perawat?
 - a. Mengatakan kepada pasien bahwa suara tersebut tidak benar dan hanya khayalan
 - b. Menanyakan isi, waktu muncul, frekuensi, situasi pencetus, dan respons pasien terhadap suara tersebut
 - c. Meminta pasien untuk tidak memikirkan suara tersebut
 - d. Mengajak pasien langsung mengikuti terapi aktivitas kelompok

- e. Meminta pasien menceritakan pengalaman tersebut kepada pasien lain
2. Seorang laki-laki, 29 tahun, dirawat di ruang jiwa karena sering marah dan merusak barang di rumah. Saat berada di ruang perawatan, pasien tampak mondar-mandir, wajah tegang, tangan mengepal, berbicara dengan suara keras, dan mengatakan, *"Kalau orang itu datang lagi, saya akan menghajarnya!"* Di sekitar pasien terdapat kursi dan beberapa benda yang dapat dipindahkan.
- Apakah tindakan perawat yang paling prioritas?
- a. Menanyakan penyebab pasien marah
 - b. Mengajarkan pasien teknik napas dalam
 - c. Meminta pasien mengikuti terapi aktivitas kelompok
 - d. Mengurangi stimulus lingkungan dan mengamankan benda yang berpotensi digunakan untuk melukai
 - e. Meminta pasien menuliskan perasaannya dalam buku harian
3. Seorang perempuan, 37 tahun, dirawat di ruang jiwa. Pasien mengatakan kepada perawat, *"Saya adalah presiden dunia. Semua negara berada di bawah kendali saya. Saya mempunyai kekuatan khusus dan bisa mengendalikan pikiran semua orang."* Pasien tampak sangat yakin dengan pernyataannya dan marah ketika perawat mengatakan bahwa pernyataan tersebut tidak sesuai kenyataan.
- Apakah respons terapeutik yang paling tepat?
- a. "Itu tidak mungkin karena Anda bukan presiden"
 - b. "Benar, Anda memang memiliki kekuatan khusus."
 - c. "Saya percaya bahwa Anda adalah presiden dunia."

- d. "Saya memahami bahwa Anda merasa memiliki kekuatan tersebut, tetapi saya tidak memiliki pengalaman seperti yang Anda rasakan."
 - e. "Coba buktikan kepada saya bahwa Anda bisa mengendalikan pikiran orang."
4. Seorang laki-laki, 40 tahun, dirawat di ruang jiwa. Selama tiga hari pasien lebih banyak berada di tempat tidur, tidak mau berbicara dengan pasien lain, dan menolak ketika diajak mengikuti kegiatan kelompok. Saat ditanya alasan pasien mengatakan, *"Saya tidak nyaman berada bersama orang lain. Mereka pasti tidak menyukai saya."* Setelah dilakukan pendekatan selama beberapa hari, pasien mulai mau berbicara dengan perawat selama 10 menit.
- Apakah intervensi berikutnya yang paling tepat?
- a. Meminta pasien berbicara dengan seluruh pasien di ruangan
 - b. Melatih pasien berkenalan dengan satu orang pasien lain
 - c. Meminta pasien mengikuti seluruh kegiatan kelompok
 - d. Membiarkan pasien tetap bersama perawat tanpa berinteraksi dengan pasien lain
 - e. Meminta keluarga membawa pasien pulang
5. Seorang perempuan, 25 tahun, dirawat di ruang jiwa setelah kehilangan pekerjaan. Pasien mengatakan, *"Saya memang tidak berguna. Saya selalu gagal. Teman-teman saya lebih pintar dan lebih berhasil daripada saya."* Pasien tampak menunduk, berbicara pelan, dan jarang melakukan aktivitas. Setelah beberapa kali pertemuan, pasien mengatakan bahwa dirinya masih mampu memasak dan merapikan tempat tidur. Apakah tindakan perawat yang paling tepat?

- a. Mengatakan bahwa masalah pasien tidak terlalu berat
 - b. Meminta pasien melupakan kegagalannya
 - c. Membantu pasien mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki dan melatihnya secara bertahap
 - d. Membandingkan pasien dengan pasien lain yang memiliki masalah lebih berat
 - e. Meminta pasien segera mencari pekerjaan baru
6. Seorang perempuan, 30 tahun, datang ke ruang IGD dengan keluhan jantung berdebar, tangan berkeringat, dan merasa sangat takut. Pasien mengatakan, *"Saya tidak bisa berpikir. Rasanya sesuatu yang buruk akan terjadi."* Pasien tampak gelisah dan terus berjalan mondar-mandir. Apakah tindakan keperawatan yang paling tepat?
- a. Memberikan banyak informasi sekaligus
 - b. Mengajak pasien mendiskusikan berbagai masalah keluarganya
 - c. Menggunakan komunikasi singkat dan jelas serta membantu pasien melakukan teknik napas perlahan
 - d. Meminta pasien mengambil keputusan penting
 - e. Membiarkan pasien sendiri sampai kecemasannya hilang
7. Seorang pasien laki-laki, 38 tahun, mengalami gangguan jiwa dan tampak tidak mandi selama beberapa hari. Rambut pasien berminyak, pakaian kotor, dan pasien mengatakan, *"Saya tidak punya tenaga untuk mandi."* Pasien mengatakan tidak tahu harus memulai dari mana. Apakah intervensi keperawatan yang paling tepat?
- a. Meminta keluarga memandikan pasien
 - b. Memarahi pasien karena tidak menjaga kebersihan

- c. Menjelaskan manfaat kebersihan dan melatih pasien melakukan mandi secara bertahap
 - d. Mengabaikan masalah karena pasien memiliki gangguan jiwa
 - e. Meminta pasien langsung melakukan seluruh aktivitas perawatan diri secara mandiri
8. Seorang pasien dengan masalah isolasi sosial telah mampu berinteraksi dengan perawat dan satu orang pasien lain. Pasien juga sudah mampu memperkenalkan dirinya dan melakukan percakapan sederhana. Perawat merencanakan terapi aktivitas kelompok. Dalam pelaksanaan terapi aktivitas kelompok, pasien terlihat diam ketika berada dalam kelompok dan belum berani menyampaikan pendapat. Apakah tindakan perawat yang paling tepat?
- a. Memaksa pasien berbicara di depan kelompok
 - b. Membiarkan pasien tanpa diberikan kesempatan berbicara
 - c. Memberikan kesempatan secara bertahap kepada pasien untuk berpartisipasi dalam kegiatan kelompok
 - d. Mengeluarkan pasien dari kelompok
 - e. Meminta pasien menjadi pemimpin kelompok
9. Seorang pasien perempuan berusia 30 tahun mengalami halusinasi pendengaran. Pasien mengatakan sering mendengar suara yang mengejek dirinya terutama ketika sedang sendirian. Perawat ingin memberikan terapi kelompok yang bertujuan membantu pasien mengenali dan mengontrol stimulus yang dialaminya. Jenis TAK yang paling sesuai adalah...
- a. TAK stimulasi sensoris
 - b. TAK stimulasi persepsi

- c. TAK orientasi realita
 - d. TAK sosialisasi
 - e. TAK stimulasi kognitif
10. Seorang perawat akan melaksanakan TAK pada enam pasien dengan masalah isolasi sosial. Sebelum kegiatan dimulai, perawat menentukan tujuan kegiatan, memilih pasien yang sesuai, menyiapkan tempat, alat, dan menyusun aturan permainan. Tahap TAK yang sedang dilakukan perawat adalah...
- a. Tahap terminasi
 - b. Tahap evaluasi
 - c. Tahap persiapan
 - d. Tahap pelaksanaan
 - e. Tahap orientasi

B. Pembahasan, Rasional dan Jawaban

1. Jawaban: B. Menanyakan isi, waktu muncul, frekuensi, situasi pencetus, dan respons pasien terhadap suara tersebut

Pembahasan:

Data menunjukkan pasien mengalami halusinasi pendengaran, ditandai dengan mendengar suara tanpa stimulus eksternal, berbicara sendiri, menutup telinga, dan melihat ke arah tertentu. Sebelum memberikan intervensi, perawat perlu melakukan pengkajian karakteristik halusinasi secara lengkap, antara lain: Jenis halusinasi, Isi halusinasi, Waktu muncul, Frekuensi, Durasi, Situasi pencetus, Respons pasien, Upaya pasien mengatasi halusinasi: Apakah suara memberikan perintah yang dapat membahayakan pasien/orang lain. Hal yang sangat penting adalah mengidentifikasi apakah halusinasi

bersifat memerintah (*command hallucination*) dan apakah pasien mempunyai dorongan untuk mengikuti perintah tersebut.

2. Jawaban: D. Mengurangi stimulus lingkungan dan mengamankan benda yang berpotensi digunakan untuk melukai

Pembahasan:

Pasien menunjukkan risiko perilaku kekerasan, dengan data: Wajah tegang, Tangan mengepal, Mondar-mandir, Suara keras, Ancaman melakukan kekerasan. Pada kondisi tersebut, keselamatan merupakan prioritas utama. Teknik napas dalam merupakan intervensi yang baik, tetapi keselamatan dan pengamanan lingkungan harus didahulukan ketika risiko kekerasan sedang meningkat.

3. Jawaban: D. “Saya memahami bahwa Anda merasa memiliki kekuatan tersebut, tetapi saya tidak memiliki pengalaman seperti yang Anda rasakan”

Pembahasan:

Pasien menunjukkan waham kebesaran, yaitu keyakinan yang tidak sesuai kenyataan mengenai kekuasaan, kemampuan, status, atau identitas dirinya. Prinsip komunikasi pada pasien waham: Tidak membenarkan waham, Tidak menyangkal secara kasar, Tidak berdebat, Tidak mempermalukan pasien, Mengakui perasaan pasien, Mengarahkan pasien secara perlahan pada realitas. Pilihan D merupakan respons yang tepat karena perawat tidak menguatkan waham tetapi tetap menghargai pengalaman subjektif pasien.

4. Jawaban: B. Melatih pasien berkenalan dengan satu orang pasien lain

Pembahasan:

Pasien menunjukkan isolasi sosial. Intervensi dilakukan secara bertahap, yaitu: Perawat → satu orang pasien → kelompok kecil → kelompok lebih besar. Karena pasien sudah mampu membangun interaksi dengan perawat selama 10 menit, tahap berikutnya adalah melatih interaksi dengan satu orang pasien lain. Contoh latihan: “Selamat pagi, nama saya Ahmad. Nama Anda siapa?” Kemudian pasien dilatih mempertahankan percakapan sederhana.

5. Jawaban: C. Membantu pasien mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki dan melatihnya secara bertahap

Pembahasan:

Data menunjukkan harga diri rendah, ditandai: Merasa tidak berguna, Merasa gagal, Membandingkan diri dengan orang lain, Menunduk, Bicara pelan, Menurunnya aktivitas. Pasien sudah mampu mengidentifikasi dua kemampuan, yaitu: Memasak, Merapikan tempat tidur. Perawat dapat memberikan penguatan positif dan membantu pasien melakukan aktivitas yang masih mampu dilakukan. Contoh: “Anda mengatakan masih mampu memasak. Mari kita pilih satu kegiatan yang paling Anda sukai dan lakukan secara bertahap.” Tujuannya adalah membantu pasien mengenali kemampuan positif dan meningkatkan rasa mampu.

6. Jawaban: C. Menggunakan komunikasi singkat dan jelas serta membantu pasien melakukan teknik napas perlahan

Pembahasan:

Pasien menunjukkan ansietas berat, ditandai: Gelisah, Jantung berdebar, Berkeringat, Ketakutan intens,

Kesulitan berpikir. Pada ansietas berat, kemampuan konsentrasi dan pemrosesan informasi dapat menurun. Oleh karena itu, perawat perlu: Berbicara perlahan, Menggunakan kalimat sederhana, Memberikan satu instruksi pada satu waktu, Mengurangi stimulus, Membantu pasien melakukan teknik relaksasi, Informasi yang kompleks sebaiknya diberikan setelah tingkat kecemasan menurun.

7. Jawaban: C. Menjelaskan manfaat kebersihan dan melatih pasien melakukan mandi secara bertahap

Pembahasan:

Pasien mengalami defisit perawatan diri. Perawat perlu menentukan kemampuan pasien terlebih dahulu kemudian memberikan bantuan sesuai kebutuhan. Contoh langkah: Menjelaskan manfaat mandi, Menyiapkan perlengkapan mandi, Menjelaskan urutan mandi, Mendampingi pasien bila diperlukan, Memberikan kesempatan pasien melakukan sendiri, Memberikan pujian atas keberhasilan pasien. Pendekatan harus bertahap, bukan mengambil alih seluruh aktivitas pasien.

8. Jawaban: C. Memberikan kesempatan secara bertahap kepada pasien untuk berpartisipasi dalam kegiatan kelompok

Pembahasan:

Pasien mengalami masalah dalam interaksi sosial, tetapi sudah menunjukkan kemajuan karena mampu berinteraksi dengan perawat dan satu pasien. Dalam TAK, pasien perlu diberikan kesempatan untuk: Mendengarkan anggota lain, Memperkenalkan diri, Menjawab pertanyaan sederhana, Menyampaikan pendapat, Berinteraksi dengan anggota kelompok, Mengikuti aturan kelompok. Perawat tidak boleh

memaksa pasien berbicara karena dapat meningkatkan kecemasan dan menyebabkan pasien semakin menarik diri. Pendekatan yang tepat adalah bertahap sesuai kemampuan pasien.

9. Jawaban: B. TAK stimulasi persepsi

Pembahasan:

Pada pasien yang mengalami gangguan persepsi sensori/halusinasi, TAK yang sesuai adalah TAK stimulasi persepsi. TAK stimulasi persepsi bertujuan membantu pasien: Mengenali stimulus yang dialami, Mengenali tanda munculnya halusinasi, Mengidentifikasi isi halusinasi, Mengenali situasi pencetus, Mempelajari cara mengontrol halusinasi, Menggunakan strategi adaptif. TAK sosialisasi lebih ditujukan untuk meningkatkan kemampuan interaksi sosial, sedangkan TAK stimulasi persepsi berfokus pada kemampuan pasien dalam menghadapi gangguan persepsi.

10. Jawaban: C. Tahap persiapan

Pembahasan:

Secara umum pelaksanaan TAK membutuhkan beberapa tahap:

1) Persiapan

Meliputi:

- a) Menentukan tujuan.
- b) Menentukan peserta.
- c) Menentukan jenis TAK.
- d) Menyiapkan tempat.
- e) Menyiapkan alat.
- f) Menentukan peran perawat.
- g) Menyusun aturan kegiatan.

2) Orientasi

Meliputi salam, pengenalan, validasi, kontrak, tujuan, dan aturan.

3) Kerja

Merupakan pelaksanaan aktivitas utama.

4) Terminasi

Meliputi evaluasi subjektif dan objektif serta rencana tindak lanjut. Pada kasus, perawat belum memulai kegiatan, sehingga termasuk tahap persiapan.



BRANDED
TECH
PUBLISHER



BAB VII

SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN KELUARGA

Ns. Ardila Lailatul Barik, S. Kep., M. Kep

A. Soal

1. Seorang perawat keluarga melakukan kunjungan rumah pada keluarga Tn. A yang terdiri dari suami, istri, dan dua orang anak. Saat pengkajian, perawat mengamati bahwa ketika salah satu anak mengalami demam, seluruh anggota keluarga bergantian menunggu, memberikan perhatian, pelukan, dan kata-kata penenang. Suami dan istri juga tampak saling mendukung secara emosional dan menghargai perasaan satu sama lain dalam menghadapi masalah tersebut. Fungsi keluarga apakah yang tergambar pada kasus tersebut?
 - a. Fungsi ekonomi
 - b. Fungsi afektif
 - c. Fungsi sosialisasi
 - d. Fungsi reproduksi
 - e. Fungsi perawatan kesehatan
2. Keluarga Tn. B memiliki seorang anak berusia 8 tahun yang duduk di kelas 3 SD. Saat ini keluarga sedang berupaya mendorong prestasi belajar anak, memfasilitasi anak untuk bergaul dengan teman sebaya, serta tetap menjaga keharmonisan hubungan suami istri di tengah kesibukan mengurus kebutuhan sekolah anak. Keluarga tersebut berada pada tahap

perkembangan keluarga menurut Duvall yang ke berapa?

- a. Tahap keluarga baru menikah
 - b. Tahap keluarga dengan kelahiran anak pertama (child bearing)
 - c. Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah
 - d. Tahap keluarga dengan anak usia sekolah
 - e. Tahap keluarga dengan anak remaja
3. Ny. C baru saja melahirkan anak pertama 2 minggu yang lalu dan tinggal bersama suaminya. Saat kunjungan rumah, Ny. C mengeluh belum percaya diri dalam merawat bayinya, sering terjaga di malam hari, dan merasa cemas jika bayinya menangis terus-menerus. Suami tampak bingung membantu karena juga belum berpengalaman. Apakah tugas perkembangan keluarga yang perlu segera dicapai oleh keluarga tersebut?
- a. Membina hubungan perkawinan yang memuaskan
 - b. Beradaptasi dengan peran dan tanggung jawab sebagai orang tua baru
 - c. Membantu anak bersosialisasi dengan lingkungan
 - d. Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri
 - e. Peneliti
4. Keluarga Tn. D memiliki penghasilan yang tidak menentu sebagai buruh harian lepas. Keluarga sering kesulitan memenuhi kebutuhan gizi seimbang untuk anak-anaknya, tinggal di rumah sederhana dengan ventilasi minim, dan sering berhutang untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, termasuk biaya berobat ketika anak sakit. Fungsi keluarga manakah yang paling terganggu pada kasus tersebut?
- a. Fungsi afektif
 - b. Fungsi sosialisasi

- c. Fungsi reproduksi
 - d. Fungsi ekonomi
 - e. Fungsi perawatan kesehatan
5. Seorang perawat memberikan penyuluhan kepada keluarga dengan anggota yang menderita hipertensi mengenai cara memilih dan mengolah makanan rendah garam, membaca label kandungan natrium pada kemasan makanan, serta mendemonstrasikan cara memasak dengan bumbu alami pengganti garam. Peran perawat apakah yang sedang dijalankan pada kasus tersebut?
- a. Case finder
 - b. Koordinator
 - c. Edukator
 - d. Advokat
 - e. Peneliti
6. Pada kunjungan pertama, perawat menanyakan kepada kepala keluarga mengenai nama kepala keluarga, komposisi anggota keluarga, genogram, tipe keluarga, suku bangsa, agama, status sosial ekonomi keluarga, serta aktivitas rekreasi keluarga. Data yang dikumpulkan perawat tersebut termasuk dalam tahap pengkajian keluarga bagian apa?
- a. Data umum keluarga
 - b. Lingkungan
 - c. Struktur keluarga
 - d. Fungsi keluarga
 - e. Stres dan coping keluarga
7. Tn. E telah menderita hipertensi selama 3 tahun. Keluarga mengatakan Tn. E jarang kontrol ke puskesmas, tidak rutin minum obat antihipertensi, dan tetap mengonsumsi makanan asin karena keluarga tidak mengetahui cara merawat anggota keluarga

dengan hipertensi serta belum mampu mengambil keputusan untuk mengubah pola makan keluarga. Apakah diagnosis keperawatan keluarga yang paling tepat untuk kasus tersebut?

- a. Defisit pengetahuan
 - b. Ansietas
 - c. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
 - d. Gangguan proses keluarga
 - e. Ketidakpatuhan
8. Seorang perawat keluarga menemukan beberapa masalah kesehatan dalam satu keluarga binaan dan hendak menetapkan prioritas masalah menggunakan skala skoring, dengan kriteria yang meliputi sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah dapat dicegah, dan menonjolnya masalah. Kriteria manakah yang memiliki bobot skor tertinggi (bobot 1) sebagai kriteria pertama dalam skoring prioritas masalah keperawatan keluarga?
- a. Sifat masalah
 - b. Kemungkinan masalah dapat diubah
 - c. Potensial masalah dapat dicegah
 - d. Menonjolnya masalah
 - e. Sumber daya keluarga
9. Sebuah keluarga memiliki anggota yang baru terdiagnosis TB paru dan sedang menjalani pengobatan OAT bulan pertama. Keluarga tinggal di rumah dengan ventilasi dan pencahayaan yang kurang baik. Anggota keluarga yang sakit masih tidur satu kamar dengan anak balita dan sering batuk tanpa menutup mulut. Apakah intervensi keperawatan keluarga yang menjadi prioritas utama pada kasus tersebut?

- a. Menganjurkan anggota keluarga yang sakit untuk berhenti bekerja
 - b. Mengajarkan etika batuk dan pencegahan penularan TB dalam keluarga
 - c. Merujuk keluarga ke psikolog untuk mengatasi stigma
 - d. Menganjurkan keluarga pindah rumah
 - e. Memberikan suplemen vitamin kepada seluruh anggota keluarga
10. Setelah empat kali kunjungan rumah pada keluarga dengan hipertensi, perawat mencatat hasil evaluasi: Tekanan darah Tn. F saat ini 130/80 mmHg, keluarga tampak rutin mengantar Tn. F kontrol ke puskesmas, dan keluarga dapat mendemonstrasikan cara memasak makanan rendah garam. Data tekanan darah 130/80 mmHg pada catatan evaluasi tersebut termasuk komponen SOAP bagian apa?
- a. Subjektif
 - b. Objektif
 - c. Analisis
 - d. Planning
 - e. Implementasi

B. Pembahasan, Rasional dan Jawaban

1. KATA KUNCI

saling memperhatikan, kasih sayang, dukungan emosional, menghibur, menghargai perasaan

PEMBAHASAN

Menurut Friedman, keluarga memiliki lima fungsi dasar, yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan fungsi perawatan kesehatan. Fungsi afektif merupakan fungsi internal keluarga yang

paling mendasar untuk membentuk dan mempertahankan sistem kepribadian yang sehat bagi anggota keluarga, mencakup pemberian kasih sayang, kehangatan, penghargaan, dan rasa aman secara psikologis. Fungsi ini menjadi dasar bagi anggota keluarga untuk membangun harga diri dan kemampuan beradaptasi dengan stresor, termasuk saat menghadapi anggota keluarga yang sakit. Pada vignette, perilaku saling menjaga, memeluk, dan menenangkan anak yang sakit merupakan wujud nyata dari fungsi afektif yang berjalan baik dalam keluarga tersebut.

TIPS MENJAWAB

Ketika menemukan kata kunci seperti 'kasih sayang', 'perhatian', 'saling mendukung secara emosional', atau 'rasa aman psikologis', arahkan jawaban pada fungsi afektif. Bedakan dengan fungsi sosialisasi yang lebih menekankan pada pembentukan perilaku sosial dan norma.

2. Kunci jawaban : D. Tahap Keluarga dengan anak usia sekolah
 - a. Salah. Tahap keluarga baru menikah adalah tahap I, ditandai belum adanya anak dan fokus pada pembentukan hubungan perkawinan.
 - b. Salah. Tahap child bearing adalah tahap II dengan anak tertua berusia 0-30 bulan, berfokus pada adaptasi peran menjadi orang tua.
 - c. Salah. Tahap keluarga dengan anak prasekolah adalah tahap III dengan anak tertua berusia 2,5-5 tahun, bukan usia 8 tahun yang sudah bersekolah.
 - d. Benar. Tahap IV yaitu keluarga dengan anak usia sekolah terjadi ketika anak tertua berusia 6-13 tahun. Tugas perkembangannya meliputi

mendorong anak mencapai prestasi belajar, membantu sosialisasi anak dengan teman sebaya dan lingkungan sekolah, serta mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, sesuai gambaran pada vignette.

- e. Salah. Tahap keluarga dengan anak remaja adalah tahap V dengan anak tertua berusia 13-20 tahun, berfokus pada peningkatan otonomi dan kebebasan remaja.

KATA KUNCI

Anak usia 8 tahun, kelas 3 SD, prestasi belajar, bergaul dengan teman sebaya

PEMBAHASAN

Duvall membagi delapan tahap perkembangan keluarga berdasarkan usia anak tertua, yaitu: (I) pasangan baru menikah, (II) child bearing family (0-30 bulan), (III) keluarga dengan anak prasekolah (2,5-5 tahun), (IV) keluarga dengan anak usia sekolah (6-13 tahun), (V) keluarga dengan anak remaja (13-20 tahun), (VI) keluarga melepas anak dewasa muda, (VII) keluarga usia pertengahan, dan (VIII) keluarga usia lanjut. Pada tahap IV, tugas perkembangan utama keluarga adalah membantu sosialisasi anak, mendorong prestasi belajar, memenuhi kebutuhan dan aktivitas anak usia sekolah yang semakin meningkat, serta tetap memelihara hubungan perkawinan yang memuaskan sebagai fondasi keluarga.

TIPS MENJAWAB

Fokuskan identifikasi pada usia anak tertua dalam vignette karena tahap perkembangan keluarga Duvall ditentukan oleh usia anak tertua, bukan usia orang tua atau jumlah anak.

- 3. Jawaban: B

- a. Salah. Membina hubungan perkawinan yang memuaskan merupakan tugas utama tahap I (keluarga baru menikah), meski tetap relevan, bukan tugas paling spesifik dan mendesak pada tahap childbearing.
- b. Benar. Pada tahap childbearing family, tugas perkembangan utama adalah adaptasi terhadap peran baru sebagai orang tua, membangun kompetensi merawat bayi, serta menyesuaikan pola hidup dan komunikasi dalam keluarga akibat kehadiran anggota baru, sesuai dengan kondisi Ny. C yang belum percaya diri merawat bayi.
- c. Salah. Tugas membantu sosialisasi anak lebih sesuai untuk tahap keluarga dengan anak usia sekolah atau prasekolah, bukan bayi usia 2 minggu.
- d. Salah. Mempersiapkan anak hidup mandiri merupakan tugas pada tahap keluarga dengan anak remaja atau dewasa muda.
- e. Salah. Melepas anak dewasa muda adalah tugas pada tahap VI (launching center family), sangat tidak sesuai dengan usia anak pada kasus.

KATA KUNCI

anak pertama, 2 minggu, belum percaya diri merawat bayi, cemas

PEMBAHASAN

Tahap childbearing family dimulai sejak kelahiran anak pertama hingga anak berusia 30 bulan. Tugas perkembangan pada tahap ini meliputi: membentuk keluarga muda menjadi suatu unit yang stabil (menggabungkan bayi baru ke dalam keluarga), rekonsiliasi tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas

hubungan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua dan kakek-nenek, serta beradaptasi dengan perubahan peran, pola komunikasi, dan finansial akibat kehadiran anak. Kecemasan dan ketidakpercayaan diri Ny. C dalam merawat bayi mencerminkan proses adaptasi peran orang tua baru yang belum optimal, sehingga menjadi fokus utama asuhan keperawatan keluarga.

TIPS MENJAWAB

Perhatikan usia anak dan pernyataan tentang 'baru menjadi orang tua' atau 'belum percaya diri merawat bayi' sebagai penanda tahap childbearing, dengan fokus tugas pada adaptasi peran orang tua.

4. Jawaban: D
 - a. Salah. Tidak ada data yang menunjukkan gangguan pada pemberian kasih sayang atau dukungan emosional dalam keluarga.
 - b. Salah. Tidak disebutkan masalah dalam pembentukan perilaku sosial atau norma pada anak.
 - c. Salah. Tidak ada data terkait fungsi reproduksi atau keluarga berencana pada vignette.
 - d. Benar. Fungsi ekonomi berkaitan dengan kemampuan keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, papan, dan sumber daya finansial. Ketidakmampuan memenuhi gizi seimbang, sering berhutang, dan kesulitan biaya berobat menunjukkan fungsi ekonomi keluarga yang tidak berjalan optimal.
 - e. Salah. Meskipun keterbatasan ekonomi dapat berdampak pada akses kesehatan, akar masalah utama pada kasus ini adalah keterbatasan sumber daya finansial (fungsi ekonomi), bukan

ketidaktahuan atau ketidakmampuan merawat kesehatan.

KATA KUNCI

Penghasilan tidak menentu, gizi seimbang, berhutang, biaya berobat

PEMBAHASAN

Fungsi ekonomi keluarga mencakup kemampuan keluarga menyediakan sumber daya yang cukup dalam hal finansial, ruang, dan materi, serta mengalokasikannya secara efektif untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga. Keterbatasan ekonomi dapat menjadi determinan sosial yang berdampak luas terhadap fungsi keluarga lainnya, termasuk pemenuhan gizi dan akses pelayanan kesehatan. Pada kasus ini, sumber masalah utama adalah minimnya sumber daya finansial keluarga sehingga intervensi keperawatan dapat diarahkan pada rujukan ke sumber daya sosial-ekonomi (misalnya bantuan sosial, BPJS, atau program pemberdayaan ekonomi keluarga) di samping edukasi kesehatan.

TIPS MENJAWAB

Bila vignette menonjolkan kata 'penghasilan', 'berhutang', 'tidak mampu membeli/membayar', arahkan jawaban ke fungsi ekonomi, meskipun dampaknya dapat meluas ke fungsi lain.

5. Jawaban: C
 - a. Salah. Case finder berperan menemukan kasus atau masalah kesehatan baru di masyarakat, bukan memberikan penyuluhan.
 - b. Salah. Koordinator berperan mengatur dan menghubungkan berbagai sumber pelayanan kesehatan agar asuhan berjalan optimal, bukan mengajarkan keterampilan.

- c. Benar. Edukator adalah peran perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk mengatasi masalah kesehatannya, sesuai dengan aktivitas penyuluhan dan demonstrasi pada kasus.
- d. Salah. Advokat berperan membela dan memperjuangkan hak keluarga dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak, bukan mengajarkan cara memasak.
- e. Salah. Peneliti berperan melakukan kajian ilmiah untuk mengembangkan ilmu keperawatan, tidak relevan dengan aktivitas penyuluhan pada kasus.

KATA KUNCI

Memberikan penyuluhan, mendemonstrasikan, mengajarkan cara
PEMBAHASAN

Perawat keluarga memiliki berbagai peran, di antaranya sebagai pendidik/edukator, koordinator, pelaksana asuhan langsung, pengawas kesehatan (health monitor), advokat, konselor, kolaborator, fasilitator, penemu kasus (case finder), modifikator lingkungan, dan peneliti. Peran edukator dijalankan ketika perawat memberikan informasi dan mengajarkan keterampilan kesehatan kepada keluarga, seperti penyuluhan diet, demonstrasi teknik perawatan, atau pelatihan keterampilan kesehatan tertentu, dengan tujuan meningkatkan kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya.

TIPS MENJAWAB

Kata kerja 'mengajarkan', 'memberikan penyuluhan', 'mendemonstrasikan' merupakan penanda kuat peran edukator. Bedakan dengan 'menghubungkan ke

pelayanan' (koordinator) atau 'membela hak pasien' (advokat).

6. Jawaban: A

- a. Benar. Data umum keluarga mencakup identitas kepala keluarga, komposisi anggota keluarga, genogram, tipe keluarga, suku bangsa, agama, status sosial ekonomi, dan aktivitas rekreasi keluarga, sesuai dengan seluruh data yang dikumpulkan pada kasus.
- b. Salah. Data lingkungan mencakup karakteristik rumah, karakteristik tetangga dan komunitas, mobilitas geografis keluarga, serta perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat, bukan identitas dasar keluarga.
- c. Salah. Struktur keluarga mencakup pola komunikasi, struktur kekuatan, struktur peran, dan nilai atau norma keluarga, berbeda dengan data identitas umum.
- d. Salah. Fungsi keluarga mencakup fungsi afektif, sosialisasi, perawatan kesehatan, reproduksi, dan ekonomi, bukan data identitas dasar.
- e. Salah. Stres dan coping keluarga mencakup stresor jangka pendek dan panjang serta strategi coping yang digunakan keluarga, tidak sesuai dengan data pada kasus.

KATA KUNCI

Identitas kepala keluarga, komposisi anggota keluarga, tipe keluarga, sosial ekonomi, rekreasi

PEMBAHASAN

Pengkajian keperawatan keluarga menurut Friedman terdiri dari beberapa komponen besar yaitu: (1) data umum (identitas, komposisi keluarga, genogram, tipe keluarga, suku bangsa, agama, status sosial ekonomi,

aktivitas rekreasi keluarga); (2) riwayat dan tahap perkembangan keluarga; (3) data lingkungan; (4) struktur keluarga; (5) fungsi keluarga; (6) stres dan coping keluarga; serta (7) pemeriksaan fisik dan harapan keluarga. Data umum menjadi pintu masuk pengkajian yang memberikan gambaran identitas dan karakteristik dasar keluarga sebelum perawat menggali data yang lebih spesifik.

TIPS MENJAWAB

Hafalkan tujuh komponen besar pengkajian keluarga Friedman secara berurutan agar mudah mengklasifikasikan jenis data yang disebutkan dalam vignette ke dalam kategori yang tepat.

7. Jawaban: C
- Salah. Defisit pengetahuan hanya berfokus pada kurangnya informasi, sedangkan pada kasus ini masalah lebih luas mencakup ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dan merawat anggota keluarga, bukan sekadar kurang informasi.
 - Salah. Tidak terdapat data yang menunjukkan respons emosional berupa kekhawatiran berlebihan (ansietas) pada kasus.
 - Benar. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (SDKI D.0115) ditandai dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, dan merawat anggota keluarga dengan penyakit kronis sehingga terapi/pengobatan tidak berjalan optimal, sangat sesuai dengan kondisi Tn. E yang jarang kontrol, tidak patuh obat, dan pola makan tidak berubah karena ketidaktahuan serta ketidakmampuan keluarga.
 - Salah. Gangguan proses keluarga lebih berfokus pada perubahan hubungan dan fungsi keluarga

akibat suatu peristiwa/transisi, bukan pada manajemen penyakit kronis.

- e. Salah. Ketidakpatuhan adalah diagnosis pada level individu yang menggambarkan perilaku individu tidak mengikuti rencana terapeutik meski sudah memahami, sedangkan pada kasus ini akar masalahnya ada pada keluarga yang belum mampu mengenal masalah dan mengambil keputusan (unit analisis keluarga, bukan individu semata).

KATA KUNCI

Jarang kontrol, tidak rutin minum obat, keluarga tidak tahu cara merawat, tidak mampu mengambil keputusan

PEMBAHASAN

Diagnosis manajemen kesehatan keluarga tidak efektif digunakan ketika unit keluarga (bukan hanya individu) menunjukkan pola pengaturan dan pengintegrasian program kesehatan ke dalam kehidupan sehari-hari yang tidak memuaskan untuk mencapai tujuan kesehatan, biasanya berkaitan dengan lima tugas kesehatan keluarga (mengetahui masalah, mengambil keputusan, merawat, memodifikasi lingkungan, memanfaatkan fasilitas kesehatan) yang belum optimal. Pada kasus ini, ketidaktahuan keluarga dan ketidakmampuan mengambil keputusan mengubah pola makan Tn. E menjadi akar masalah, sehingga intervensi keperawatan diarahkan pada penguatan lima tugas kesehatan keluarga tersebut.

TIPS MENJAWAB

Bila vignette menunjukkan pola berulang: 'keluarga tidak tahu', 'keluarga tidak mampu mengambil keputusan', 'penyakit kronis tidak terkontrol karena peran keluarga', arahkan pada diagnosis manajemen

kesehatan keluarga tidak efektif, bukan diagnosis individu seperti ketidakpatuhan.

8. Jawaban: A

- a. Benar. Sifat masalah merupakan kriteria pertama dalam skoring dengan bobot 1, dikategorikan menjadi aktual (skor 3), risiko (skor 2), dan potensial/keadaan sejahtera (skor 1), karena sifat masalah menentukan tingkat urgensi penanganan.
- b. Salah. Kemungkinan masalah dapat diubah adalah kriteria kedua dengan bobot 2, dinilai berdasarkan pengetahuan, sumber daya, dan fasilitas kesehatan yang tersedia.
- c. Salah. Potensial masalah dapat dicegah adalah kriteria ketiga dengan bobot 1, dinilai berdasarkan kepelikan masalah, lamanya masalah, dan tindakan yang sedang dijalankan.
- d. Salah. Menonjolnya masalah adalah kriteria keempat dengan bobot 1, menilai persepsi keluarga terhadap berat-ringannya dan mendesaknya masalah untuk segera ditangani.
- e. Salah. Sumber daya keluarga bukan merupakan kriteria tersendiri dalam skoring Bailon dan Maglaya, melainkan salah satu unsur pertimbangan di dalam kriteria kemungkinan masalah dapat diubah.

KATA KUNCI

skoring, bobot 1, aktual risiko potensial, prioritas masalah

PEMBAHASAN

Skala prioritas masalah keperawatan keluarga menurut Bailon dan Maglaya terdiri dari empat kriteria dengan bobot berbeda: (1) sifat masalah (bobot 1) - aktual skor 3, risiko skor 2, potensial/sejahtera skor 1; (2)

kemungkinan masalah dapat diubah (bobot 2) - mudah skor 2, sebagian skor 1, tidak dapat skor 0; (3) potensial masalah dapat dicegah (bobot 1) - tinggi skor 3, cukup skor 2, rendah skor 1; (4) menonjolnya masalah (bobot 1) - masalah berat harus segera ditangani skor 2, masalah tidak perlu segera ditangani skor 1, masalah tidak dirasakan skor 0. Skor dihitung dengan rumus $(\text{skor/angka tertinggi}) \times \text{bobot}$, kemudian dijumlahkan seluruh kriteria untuk menentukan total skor dan urutan prioritas masalah keluarga.

TIPS MENJAWAB

Hafalkan urutan dan bobot keempat kriteria skoring (1-2-1-1) beserta kategorisasi skornya karena soal UKOM sering menguji perhitungan skor total maupun urutan kriteria secara terpisah.

9. Jawaban: B
- Salah. Berhenti bekerja bukan intervensi keperawatan yang esensial dan tidak secara langsung mencegah penularan; pasien TB tetap dapat beraktivitas dengan memperhatikan pencegahan penularan dan kepatuhan pengobatan.
 - Benar. Mengajarkan etika batuk (menutup mulut dengan tisu/lengan atas, penggunaan masker), pemisahan tempat tidur terutama dari balita, serta cara pencegahan penularan lain merupakan intervensi prioritas untuk mencegah penularan TB kepada anggota keluarga lain, khususnya balita yang rentan.
 - Salah. Rujukan psikolog untuk stigma dapat menjadi intervensi tambahan namun bukan prioritas utama dibandingkan pencegahan penularan yang mengancam anggota keluarga rentan.

- d. Salah. Pindah rumah bukan solusi praktis dan tidak menyelesaikan akar masalah penularan; yang lebih tepat adalah modifikasi lingkungan seperti perbaikan ventilasi dan pencahayaan rumah.
- e. Salah. Pemberian suplemen bukan wewenang mandiri perawat dan tidak secara langsung mencegah penularan TB; pencegahan penularan lebih diutamakan.

KATA KUNCI

TB paru, ventilasi kurang, tidur satu kamar dengan balita, batuk tanpa menutup mulut

PEMBAHASAN

Pada asuhan keperawatan keluarga dengan TB paru, prioritas intervensi diarahkan pada pemutusan rantai penularan mengingat adanya balita (kelompok rentan) yang tinggal serumah. Intervensi mencakup edukasi etika batuk dan penggunaan masker, pemisahan tempat tidur dan alat makan sementara waktu, peningkatan ventilasi dan pencahayaan rumah agar sinar matahari dapat membunuh kuman TB, edukasi kepatuhan minum OAT hingga tuntas untuk mencegah resistensi, serta pemantauan tanda gejala TB pada anggota keluarga lain. Modifikasi lingkungan rumah dan pencegahan penularan menjadi fokus utama sebelum masalah psikososial seperti stigma ditangani lebih lanjut.

TIPS MENJAWAB

Pada kasus penyakit menular dalam keluarga dengan anggota rentan (balita, lansia, ibu hamil), utamakan intervensi pemutusan rantai penularan sebagai prioritas sebelum intervensi psikososial atau tambahan lainnya.

10. Jawaban: B

- a. Salah. Data subjektif berupa pernyataan atau keluhan yang disampaikan langsung oleh keluarga/pasien, bukan hasil pengukuran oleh perawat.
- b. Benar. Data objektif adalah data yang diperoleh dari hasil pengukuran, observasi, atau pemeriksaan langsung oleh perawat, seperti hasil pengukuran tekanan darah 130/80 mmHg pada kasus ini.
- c. Salah. Analisis (A) merupakan interpretasi perawat terhadap data subjektif dan objektif untuk menentukan apakah masalah teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi, bukan data mentah hasil pengukuran.
- d. Salah. Planning (P) adalah rencana tindak lanjut yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis, bukan data pengukuran.
- e. Salah. Implementasi bukan bagian dari format evaluasi SOAP, melainkan tahap pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya.

KATA KUNCI

Hasil pengukuran, tekanan darah 130/80 mmHg, data objektif

PEMBAHASAN

Evaluasi keperawatan keluarga umumnya didokumentasikan dalam format SOAP: Subjektif (S) berisi ungkapan atau keluhan keluarga; Objektif (O) berisi data hasil pengukuran dan observasi perawat seperti tanda vital, hasil pemeriksaan fisik, atau perilaku yang teramati; Analisis (A) berisi kesimpulan tercapai/tidaknya tujuan berdasarkan data S dan O; serta Planning (P) berisi rencana tindak lanjut (dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan). Data

tekanan darah termasuk data objektif karena diperoleh melalui pengukuran langsung, bukan dari pernyataan subjektif keluarga.

TIPS MENJAWAB

Bedakan data yang 'diucapkan/dikeluhkan keluarga' (Subjektif) dengan data 'hasil pengukuran/observasi perawat' (Objektif). Hasil tanda vital, hasil lab, dan hasil observasi perilaku selalu masuk kategori Objektif.



BRANDED
TECH
PUBLISHER

BAB VIII

SOAL DAN PEMBAHASAN KEPERAWATAN GERONTIK

Ns. Ardila Lailatul Barik, S. Kep., M.Kep

A. Soal

1. Seorang perempuan berusia 75 tahun tinggal sendiri di rumah, memiliki riwayat jatuh dua kali dalam enam bulan terakhir. Hasil pengkajian menunjukkan gaya berjalan lambat dan tidak stabil, klien menggunakan kedua tangan untuk membantu bangkit dari kursi, mengalami penglihatan kabur, serta rutin mengonsumsi obat antihipertensi dan obat tidur setiap malam. Kondisi pencahayaan rumah klien juga kurang terang dan lantai kamar mandi licin. Tindakan keperawatan prioritas untuk mencegah kejadian jatuh berulang pada klien adalah?
 - a. Menganjurkan klien untuk tidak beraktivitas sama sekali
 - b. Memodifikasi lingkungan rumah dan memberikan edukasi keamanan/pencegahan jatuh
 - c. Menghentikan seluruh obat yang dikonsumsi klien secara mandiri
 - d. Menganjurkan klien segera pindah ke panti werdha
 - e. Memasang restrain (pengikat) pada klien setiap saat tidur
2. Seorang laki-laki berusia 80 tahun dirawat di rumah sakit karena infeksi saluran kemih. Sejak dua hari terakhir, klien tiba-tiba mengalami penurunan

kesadaran fluktuatif, disorientasi waktu dan tempat, gelisah, serta berbicara kacau terutama pada malam hari. Sebelum sakit, keluarga mengatakan klien masih mampu mengenali seluruh anggota keluarga dan beraktivitas sehari-hari secara mandiri tanpa gangguan kognitif.

Kondisi yang paling mungkin dialami klien saat ini adalah?

- a. Demensia Alzheimer
 - b. Delirium
 - c. Depresi mayor
 - d. Skizofrenia lanjut usia (late-onset)
 - e. Demensia vaskular
3. Seorang perempuan berusia 72 tahun mengeluh sering mengompol tanpa disadari, terutama saat batuk, bersin, tertawa, atau mengangkat beban. Klien tidak mengeluhkan nyeri saat berkemih, tidak demam, dan pancaran urine normal. Klien memiliki riwayat melahirkan normal empat kali.

Jenis inkontinensia urine yang dialami klien adalah?

- a. Inkontinensia urgensi
 - b. Inkontinensia stres
 - c. Inkontinensia overflow (luapan)
 - d. Inkontinensia fungsional
 - e. Inkontinensia campuran total
4. Seorang laki-laki berusia 82 tahun pascastroke mengalami tirah baring total selama tiga minggu terakhir. Saat dilakukan pengkajian kulit, perawat menemukan area kemerahan pada kulit di daerah sakrum yang tidak memucat (non-blanchable) saat ditekan dengan jari, namun kulit masih utuh tanpa luka terbuka.

Derajat luka tekan (pressure injury) yang dialami klien berdasarkan data tersebut adalah?

- a. Derajat I
 - b. Derajat II
 - c. Derajat III
 - d. Derajat IV
 - e. Unstageable (tidak dapat ditentukan derajatnya)
5. Seorang perempuan berusia 68 tahun mengeluh sulit tidur pada malam hari dan sering terbangun. Klien memiliki kebiasaan tidur siang lebih dari dua jam serta minum kopi pada sore hari agar tidak mengantuk. Klien juga sering menonton televisi sambil berbaring di tempat tidur hingga larut malam. Edukasi sleep hygiene yang paling tepat diberikan perawat kepada klien adalah?
- a. Menganjurkan klien memperpanjang durasi tidur siang
 - b. Menganjurkan klien minum kopi sebelum tidur malam agar merasa rileks
 - c. Membatasi durasi tidur siang dan menghindari konsumsi kafein pada sore/malam hari
 - d. Menganjurkan klien menonton televisi di tempat tidur sebelum tidur agar mengantuk
 - e. Menganjurkan klien tidur dengan lampu kamar tetap menyala terang
6. Seorang perempuan berusia 65 tahun, pascamenopause, memiliki riwayat fraktur kompresi vertebra setahun lalu akibat jatuh ringan. Hasil pemeriksaan Bone Mineral Density (BMD) menunjukkan T-score -3.0 yang mengindikasikan osteoporosis berat. Klien khawatir mengalami patah tulang berulang.

Edukasi keperawatan untuk mencegah fraktur berulang yang paling tepat adalah?

- a. Menganjurkan olahraga angkat beban berat secara kompetitif
 - b. Menganjurkan asupan kalsium dan vitamin D cukup, latihan menahan beban ringan, serta pencegahan risiko jatuh
 - c. Menganjurkan klien tirah baring total untuk mencegah benturan
 - d. Membatasi paparan sinar matahari klien setiap hari
 - e. Menganjurkan diet rendah kalsium untuk mencegah pengapuran tulang
7. Seorang perempuan berusia 70 tahun mengeluh penglihatannya semakin kabur seperti tertutup kabut sejak enam bulan terakhir. Klien juga mengeluh silau berlebihan bila melihat cahaya terang atau lampu kendaraan pada malam hari. Penurunan penglihatan terjadi secara bertahap tanpa disertai nyeri atau kemerahan pada mata. Kondisi yang paling mungkin dialami klien adalah?
- a. Glaukoma akut
 - b. Katarak
 - c. Ablasio retina
 - d. Konjungtivitis
 - e. Uveitis
8. Perawat home care melakukan kunjungan rumah pada seorang perempuan berusia 80 tahun dan menemukan memar kebiruan pada lengan atas klien, klien tampak ketakutan dan menghindari kontak mata saat anaknya (yang berperan sebagai caregiver utama) memasuki ruangan. Berat badan klien tampak sangat kurus dan kondisi kebersihan rumah tampak terabaikan.

Tindakan keperawatan pertama yang paling tepat dilakukan perawat adalah?

- a. Langsung menuduh anak klien telah melakukan tindak kekerasan
 - b. Mendokumentasikan temuan secara objektif, mewawancarai klien secara terpisah dan dalam kondisi aman, serta melaporkan kepada pihak berwenang sesuai prosedur
 - c. Mengabaikan temuan tersebut karena dianggap masalah internal keluarga
 - d. Memindahkan klien secara paksa dari rumah tanpa persetujuan dan proses yang sesuai
 - e. Hanya memberikan edukasi kepada anak tanpa melakukan tindak lanjut apa pun
9. Seorang perempuan berusia 66 tahun dengan post fraktur tibia dekstra dan sinistra mengeluh nyeri dan sulit bergerak untuk berpindah tempat. Saat ke kamar mandi, pasien harus menggunakan kursi roda. Pasien juga memerlukan bantuan orang lain untuk melakukan BAK dan BAB, mandi serta berpakaian. Pasien hanya dapat melakukan makan dan minum sendiri. Apakah penilaian Indeks Katz yang tepat pada kasus?
- a. Indeks Katz B
 - b. Indeks Katz C
 - c. Indeks Katz E
 - d. Indeks Katz F
 - e. Indeks Katz D
10. Lansia perempuan, 73 tahun, tinggal seorang diri dirumahnya karena suaminya meninggal 3 tahun lalu, anak-anaknya tinggal bersama keluarga masing-masing. Saat ini dia sering murung, sering menyendiri. Perawat lansia berkunjung ke rumahnya, pasien mengeluh kesepian, sering tidak bisa tidur jika ingat

suami dan anak-anaknya. TD 150/90mmHg, Nadi 90x/mnt. Apa instrument pengkajian yang tepat digunakan perawat pada kasus tersebut?

- a. Katz Indeks
- b. Barthel Indeks
- c. Short Portable Mental
- d. Mini Mental State Exam
- e. Geriatric Depresion Scale

B. Pembahasan, Rasional dan Jawaban

1. Kunci Jawaban: B

- a. SALAH. Imobilisasi total justru meningkatkan risiko dekondisi otot, kelemahan, dan risiko jatuh lebih lanjut, bukan solusi yang tepat.
- b. BENAR. Modifikasi lingkungan (pencahayaan, alas kaki antislip, pegangan/handrail, singkirkan karpet lepas) disertai edukasi merupakan intervensi berbasis bukti yang efektif dan sesuai kewenangan perawat untuk mencegah jatuh berulang.
- c. SALAH. Menghentikan obat tanpa kolaborasi dengan dokter berisiko membahayakan kondisi klien dan bukan wewenang mandiri perawat; yang tepat adalah kolaborasi mengkaji ulang regimen obat (deprescribing) bersama tim medis.
- d. SALAH. Pindah ke panti werdha bukan solusi prioritas dan tidak menyelesaikan masalah lingkungan/faktor risiko yang dapat dimodifikasi di rumah klien sendiri.
- e. SALAH. Restrain fisik dapat menimbulkan cedera, kehilangan kemandirian, dan masalah etik; penggunaannya dibatasi hanya pada kondisi

tertentu dengan indikasi ketat, bukan pencegahan jatuh rutin.

KATA KUNCI DALAM MENJAWAB

Riwayat jatuh berulang + faktor risiko multipel (gaya berjalan, obat, lingkungan) → manajemen risiko jatuh multifaktorial: modifikasi lingkungan & edukasi.

PEMBAHASAN

Jatuh merupakan salah satu sindrom geriatri (geriatric giants) yang bersifat multifaktorial, melibatkan faktor intrinsik (gangguan gaya berjalan dan keseimbangan, gangguan penglihatan, polifarmasi terutama obat sedatif/antihipertensi) dan faktor ekstrinsik (lingkungan rumah yang tidak aman). Pendekatan keperawatan komprehensif meliputi pengkajian risiko jatuh (misalnya menggunakan Morse Fall Scale atau Time Up and Go Test), modifikasi lingkungan seperti pencahayaan yang cukup, pemasangan pegangan di kamar mandi, penggunaan alas kaki antislip, serta edukasi keluarga dan klien tentang teknik berpindah yang aman. Kolaborasi dengan tim medis untuk meninjau ulang obat-obatan berisiko tinggi (polifarmasi) juga penting, namun penghentian obat dilakukan atas kolaborasi, bukan tindakan mandiri sepihak perawat.

TIPS MENJAWAB:

Pada soal manajemen risiko jatuh, pilih jawaban yang bersifat modifikasi lingkungan + edukasi (upaya preventif berbasis bukti), hindari opsi ekstrem seperti restrain atau penghentian obat sepihak.

2. Kunci Jawaban: B

a. SALAH. Demensia Alzheimer bersifat kronik-progresif dengan onset bertahap dalam hitungan bulan hingga tahun, bukan mendadak dalam hitungan hari.

- b. BENAR. Onset akut/mendadak, fluktuatif, disertai gangguan kesadaran dan dipicu oleh kondisi medis akut (infeksi saluran kemih) merupakan ciri khas delirium, yang sering terjadi pada lansia yang dirawat inap.
- c. SALAH. Depresi mayor umumnya tidak disertai gangguan kesadaran akut dan berlangsung lebih lama, tanpa fluktuasi harian yang tajam seperti delirium.
- d. SALAH. Skizofrenia onset lanjut sangat jarang dan tidak berkaitan langsung dengan infeksi akut serta tidak menyebabkan penurunan kesadaran.
- e. SALAH. Demensia vaskular berkembang bertahap (stepwise) terkait kejadian vaskular berulang, bukan muncul mendadak dalam 2 hari.

KATA KUNCI DALAM MENJAWAB

Onset MENDAK + fluktuatif + ada pencetus medis (infeksi) + sebelumnya normal → DELIRIUM (bukan demensia).

PEMBAHASAN

Delirium adalah gangguan kesadaran dan kognisi akut yang bersifat reversibel, ditandai onset mendadak (jam hingga hari), perjalanan fluktuatif (memburuk terutama malam hari/sundowning), gangguan atensi, serta sering dipicu oleh kondisi medis akut seperti infeksi (termasuk ISK yang sangat umum pada lansia), gangguan elektrolit, efek obat, atau pasca operasi. Hal ini berbeda mendasar dengan demensia yang bersifat kronik-progresif dengan kesadaran yang umumnya tetap baik pada tahap awal. Membedakan delirium dan demensia sangat penting karena delirium merupakan kegawatdaruratan geriatri yang memerlukan pencarian dan penanganan segera terhadap penyebab yang

mendasarinya (underlying cause), sedangkan penundaan penanganan dapat meningkatkan mortalitas dan morbiditas pada lansia.

TIPS MENJAWAB:

Kata kunci pembeda: Delirium = akut & fluktuatif & ada pencetus/penyakit akut. Demensia = kronik, progresif lambat, kesadaran biasanya baik pada awal.

3. Kunci Jawaban: B

- a. SALAH. Inkontinensia urgensi ditandai keinginan berkemih mendadak yang tidak tertahankan tanpa dipicu peningkatan tekanan intraabdomen seperti batuk/bersin.
- b. BENAR. Kebocoran urine yang dipicu peningkatan tekanan intraabdomen (batuk, bersin, tertawa, mengangkat beban) merupakan ciri khas inkontinensia stres, sering terkait kelemahan otot dasar panggul akibat riwayat melahirkan.
- c. SALAH. Inkontinensia overflow terjadi akibat kandung kemih terlalu penuh sehingga urine menetes terus-menerus, biasanya terkait obstruksi atau kandung kemih atonik, bukan dipicu batuk/bersin.
- d. SALAH. Inkontinensia fungsional terjadi akibat ketidakmampuan fisik/kognitif mencapai toilet tepat waktu meski fungsi saluran kemih normal, bukan dipicu tekanan intraabdomen.
- e. SALAH. Tidak ada data yang menunjukkan kombinasi gejala urgensi dan stres sekaligus pada kasus ini.

KATA KUNCI DALAM MENJAWAB

Bocor saat batuk/bersin/tertawa/angkat beban + riwayat multipara → inkontinensia STRES (kelemahan otot dasar panggul).

PEMBAHASAN

Inkontinensia urine pada lansia diklasifikasikan menjadi beberapa jenis: stres (akibat kelemahan otot dasar panggul/sfingter uretra sehingga bocor saat tekanan intraabdomen meningkat), urgensi (akibat overaktivitas kandung kemih/detrusor), overflow (akibat retensi urine kronik), fungsional (akibat gangguan mobilitas/kognitif), dan tipe campuran. Inkontinensia stres banyak dialami perempuan lansia dengan riwayat multipara atau pascamenopause akibat penurunan estrogen dan kelemahan otot dasar panggul. Intervensi keperawatan meliputi latihan otot dasar panggul (latihan Kegel), manajemen berat badan, modifikasi asupan cairan, serta bila perlu rujukan untuk terapi lanjutan. Perawat perlu mengenali pola pencetus gejala untuk menentukan jenis inkontinensia secara tepat.

TIPS MENJAWAB

Kata kunci 'bocor saat batuk/ bersin/ tertawa/ mengangkat beban' selalu mengarah ke inkontinensia STRES; kata kunci 'tidak tertahankan mendadak' mengarah ke inkontinensia URGENSI.

4. Kunci Jawaban: A
 - a. BENAR. Kemerahan non-blanchable pada kulit utuh (tidak ada luka terbuka) merupakan ciri khas luka tekan derajat I.
 - b. SALAH. Derajat II ditandai kerusakan pada epidermis/dermis berupa lecet atau lepuh (blister), bukan kulit yang masih utuh.
 - c. SALAH. Derajat III melibatkan kehilangan jaringan hingga lapisan subkutan yang tampak, tidak sesuai gambaran kulit utuh pada kasus.

- d. SALAH. Derajat IV melibatkan kerusakan hingga otot, tendon, atau tulang, jauh lebih berat dari kondisi klien.
- e. SALAH. Unstageable digunakan bila dasar luka tertutup jaringan nekrotik/slough sehingga kedalaman tidak dapat dinilai, tidak sesuai kasus ini karena kulit masih utuh.

KATA KUNCI

kulit UTUH + kemerahan tidak memucat (non-blanchable) → luka tekan DERAJAT I.

PEMBAHASAN

Klasifikasi luka tekan (pressure injury) menurut NPUAP/EPUAP terdiri dari beberapa derajat: Derajat I (kemerahan non-blanchable pada kulit utuh), Derajat II (kehilangan sebagian ketebalan kulit berupa lepuh/lecet dangkal), Derajat III (kehilangan seluruh ketebalan kulit hingga terlihat jaringan lemak subkutan), Derajat IV (kehilangan jaringan hingga terpapar otot/tendon/tulang), serta Unstageable dan Deep Tissue Injury (DTI) untuk kondisi yang dasarnya tertutup jaringan nekrotik atau menunjukkan kerusakan jaringan dalam tanpa kerusakan kulit terbuka. Pencegahan luka tekan pada klien tirah baring meliputi reposisi rutin setiap dua jam, penggunaan kasur antidekubitus, menjaga kulit tetap kering dan bersih, serta pemenuhan nutrisi dan hidrasi adekuat untuk mendukung integritas kulit.

TIPS MENJAWAB

Kata kunci: kulit UTUH + kemerahan tidak hilang saat ditekan = Derajat I. Begitu ada lepuh/luka terbuka, derajat naik ke II atau lebih.

5. Kunci Jawaban: C

- a. SALAH. Tidur siang berlebihan (>30-60 menit) justru mengganggu tidur malam dan memperberat insomnia.
- b. SALAH. Kafein bersifat stimulan yang justru dapat menunda onset tidur dan mengganggu kualitas tidur malam.
- c. BENAR. Prinsip sleep hygiene meliputi membatasi tidur siang (maksimal 20-30 menit, tidak terlalu sore) dan menghindari kafein/nikotin/alkohol menjelang tidur untuk memperbaiki kualitas tidur malam.
- d. SALAH. Menonton TV di tempat tidur meningkatkan stimulasi kognitif dan paparan cahaya layar yang mengganggu produksi melatonin sehingga menghambat rasa kantuk.
- e. SALAH. Cahaya terang menekan sekresi melatonin sehingga menghambat proses tidur; lingkungan tidur yang dianjurkan justru gelap dan tenang.

KATA KUNCI

insomnia lansia + tidur siang lama + kafein sore → edukasi sleep hygiene: batasi tidur siang & hindari kafein.

PEMBAHASAN

Gangguan tidur pada lansia sangat umum terjadi akibat perubahan arsitektur tidur (penurunan tidur tahap dalam/slow wave sleep, peningkatan frekuensi terbangun), penyakit kronik, nyeri, polifarmasi, serta faktor perilaku. Edukasi sleep hygiene merupakan intervensi non-farmakologis lini pertama yang meliputi: menjaga jadwal tidur-bangun yang konsisten setiap hari, membatasi tidur siang (idealnya tidak lebih dari 20-30 menit dan tidak terlalu sore), menghindari kafein, nikotin, dan alkohol beberapa jam sebelum tidur, menciptakan lingkungan tidur yang gelap, tenang, dan

nyaman, menghindari penggunaan gawai/televisi di tempat tidur, serta melakukan aktivitas relaksasi sebelum tidur. Pendekatan ini lebih diutamakan sebelum mempertimbangkan terapi farmakologis karena risiko efek samping obat tidur pada lansia (misalnya risiko jatuh dan delirium).

TIPS MENJAWAB

Untuk soal sleep hygiene, jawaban benar selalu berorientasi pada pembatasan stimulan (kafein, cahaya, layar) dan pembatasan tidur siang berlebihan — bukan menambah stimulasi menjelang tidur.

6. Kunci Jawaban: B

- a. SALAH. Latihan beban berat/kompetitif berisiko tinggi menimbulkan fraktur pada tulang yang sudah rapuh (osteoporosis berat).
- b. BENAR. Kombinasi asupan kalsium-vitamin D adekuat, latihan menahan beban ringan (weight-bearing exercise seperti berjalan), dan pencegahan jatuh merupakan pilar utama manajemen osteoporosis untuk mencegah fraktur berulang.
- c. SALAH. Tirah baring total justru mempercepat kehilangan massa tulang (bone loss) akibat imobilisasi dan meningkatkan risiko komplikasi lain.
- d. SALAH. Paparan sinar matahari yang cukup diperlukan untuk sintesis vitamin D alami yang mendukung kesehatan tulang, bukan dibatasi.
- e. SALAH. Diet rendah kalsium justru memperburuk osteoporosis; klien osteoporosis memerlukan asupan kalsium yang cukup sesuai kebutuhan.

KATA KUNCI

Osteoporosis + T-score rendah + riwayat fraktur → kalsium/vitamin D + latihan beban ringan + pencegahan jatuh.

PEMBAHASAN

Osteoporosis adalah kondisi penurunan densitas dan kekuatan tulang yang meningkatkan risiko fraktur, sering dialami perempuan pascamenopause akibat penurunan hormon estrogen yang berperan dalam metabolisme tulang. Manajemen keperawatan berfokus pada pendekatan multikomponen: (1) nutrisi—asupan kalsium (1000-1200 mg/hari) dan vitamin D (800-1000 IU/hari) yang adekuat; (2) aktivitas fisik—latihan menahan beban ringan hingga sedang seperti berjalan kaki dan latihan resistensi ringan yang terbukti meningkatkan kepadatan tulang tanpa risiko cedera berlebih; (3) pencegahan jatuh—modifikasi lingkungan dan manajemen faktor risiko jatuh karena fraktur osteoporosis sering dipicu oleh jatuh ringan; serta (4) kepatuhan terhadap terapi farmakologis (misalnya bifosfonat) sesuai anjuran dokter. Edukasi menghindari aktivitas berisiko tinggi seperti mengangkat beban berat atau gerakan memutar tubuh mendadak juga penting.

TIPS MENJAWAB

Untuk osteoporosis, jawaban tepat selalu memuat tiga unsur: kalsium & vitamin D + latihan beban RINGAN (bukan berat) + pencegahan jatuh.

7. Kunci Jawaban: B

- a. SALAH. Glaukoma akut umumnya disertai nyeri mata hebat, mata merah, dan penurunan penglihatan mendadak, berbeda dengan gejala bertahap tanpa nyeri pada kasus.
- b. BENAR. Penglihatan kabur seperti berkabut yang progresif, silau (glare), tanpa nyeri merupakan gejala khas katarak akibat kekeruhan lensa mata terkait usia.

- c. SALAH. Ablasio retina biasanya muncul mendadak disertai kilatan cahaya (floaters) dan bayangan seperti tirai menutupi lapang pandang.
- d. SALAH. Konjungtivitis ditandai mata merah, gatal, dan sekret, bukan penurunan penglihatan bertahap tanpa nyeri.
- e. SALAH. Uveitis umumnya disertai nyeri, kemerahan, dan fotofobia akut, berbeda dari gejala kronis tanpa nyeri pada kasus.

KATA KUNCI DALAM MENJAWAB

Penglihatan kabur berkabut + silau + progresif + TANPA nyeri → KATARAK.

PEMBAHASAN

Katarak merupakan kekeruhan lensa mata yang paling sering terjadi akibat proses degeneratif terkait usia (katarak senilis), ditandai gejala khas berupa penglihatan kabur/berkabut yang berkembang secara perlahan dan progresif, sensitivitas terhadap silau terutama pada malam hari, penglihatan warna yang memudar, serta tidak disertai nyeri atau kemerahan mata. Hal ini penting dibedakan dari kondisi kegawatdaruratan mata seperti glaukoma akut sudut tertutup yang khas dengan nyeri hebat dan penurunan penglihatan mendadak. Penatalaksanaan katarak yang definitif adalah tindakan bedah ekstraksi lensa dengan pemasangan lensa intraokular. Peran perawat meliputi edukasi pramedah dan pascabedah, pencegahan cedera akibat gangguan penglihatan, serta modifikasi lingkungan rumah agar aman bagi klien dengan keterbatasan penglihatan.

TIPS MENJAWAB

Bedakan: Katarak = kabur bertahap TANPA nyeri.
Glaukoma akut = nyeri hebat MENDADAK. Ablasio

retina = kilatan cahaya & tirai menutup pandangan mendadak.

8. Kunci Jawaban: B

- a. SALAH. Menuduh tanpa investigasi yang tepat melanggar prinsip etik dan dapat memperburuk situasi tanpa dasar bukti yang cukup.
- b. BENAR. Prosedur standar dugaan kekerasan pada lansia (elder abuse) meliputi dokumentasi objektif temuan, wawancara terpisah dengan klien di lingkungan aman dan privat untuk menggali informasi, serta pelaporan kepada pihak berwenang (sesuai regulasi perlindungan lansia) untuk investigasi dan intervensi lebih lanjut.
- c. SALAH. Mengabaikan dugaan kekerasan merupakan pelanggaran tanggung jawab profesional dan etik perawat sebagai pelindung (advocate) klien.
- d. SALAH. Tindakan pemindahan paksa tanpa proses hukum/prosedur yang sesuai melanggar hak asasi dan otonomi klien.
- e. SALAH. Edukasi saja tidak cukup untuk kasus dugaan kekerasan yang mengancam keselamatan klien; diperlukan tindak lanjut pelaporan dan investigasi.

KATA KUNCI DALAM MENJAWAB

Tanda kekerasan lansia (memar, ketakutan, neglect) → dokumentasi objektif + wawancara terpisah aman + lapor pihak berwenang.

PEMBAHASAN

Kekerasan pada lansia (elder abuse) meliputi kekerasan fisik, psikologis, finansial, seksual, maupun penelantaran (neglect), dan sering terjadi di lingkungan rumah dengan pelaku adalah anggota keluarga atau

caregiver. Tanda-tanda yang perlu diwaspadai perawat meliputi cedera yang tidak dapat dijelaskan secara wajar, perilaku ketakutan terhadap caregiver tertentu, tanda malnutrisi/dehidrasi, kebersihan diri dan lingkungan yang terabaikan, serta perubahan perilaku sosial klien. Sebagai advokat klien, perawat wajib melakukan pengkajian secara objektif dan tidak menghakimi, memastikan wawancara dengan klien dilakukan secara privat dan aman (tanpa kehadiran terduga pelaku) agar klien dapat mengungkapkan kondisinya secara jujur tanpa tekanan, mendokumentasikan temuan secara faktual dan rinci, serta melaporkan dugaan kekerasan kepada pihak berwenang/dinas sosial sesuai regulasi perlindungan lansia yang berlaku, sambil tetap menjaga hubungan terapeutik dengan keluarga bila memungkinkan.

TIPS MENJAWAB

Pada kasus dugaan kekerasan/penelantaran, urutan tindakan yang benar selalu: kaji & dokumentasikan objektif → wawancara korban secara terpisah & aman → laporkan ke pihak berwenang, bukan langsung menuduh atau mengabaikan.

9. Jawaban : D. Indeks Katz F
 - a. SALAH. Karena indeks Katz B adalah mandiri dalam semua aktivitas kecuali 1.
 - b. SALAH. Karena indeks Katz C adalah dependen (bergantung/memerlukan bantuan) dalam mandi + 1 aktivitas lainnya
 - c. SALAH. Karena indeks Katz E adalah dependen (bergantung/memerlukan bantuan) dalam mandi, berpakaian, toileting, dan transfer, tetapi masih mandiri dalam fungsi lainnya

- d. BENAR. Karena indeks Katz F adalah dependen dalam mandi, berpakaian, toileting, transfer, dan kontinensia, tetapi masih mandiri dalam makan.
- e. SALAH. Karena indeks Katz D adalah dependen dalam mandi, berpakaian, toileting + 1 aktivitas lainnya.

Pembahasan :

Untuk menentukan Indeks Katz, kita menilai kemampuan pasien dalam 6 aktivitas dasar kehidupan sehari-hari (Activities of Daily Living/ADL), yaitu:

1. Mandi
2. Berpakaian
3. Toileting/BAK dan BAB
4. Berpindah tempat (transfer)
5. Kontinensia
6. Makan

Data fokus, pasien hanya bisa melakukan makan dan minum sendiri, sedangkan untuk mandi, berpakaian, BAK/BAB dan berpindah tempat harus memerlukan bantuan orang lain. Oleh karena itu, penilaian Indeks Katz yang tepat adalah Indeks Katz F, yaitu pasien dapat melakukan kemandirian dalam yaitu makan dan minum dan tergantung pada aktivitas mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi lain.

Klasifikasi Indeks Katz yang perlu diingat:

- 1) Katz A → mandiri dalam seluruh 6 aktivitas.
- 2) Katz B → mandiri dalam semua aktivitas kecuali 1.
- 3) Katz C → dependen dalam mandi + 1 aktivitas lainnya.
- 4) Katz D → dependen dalam mandi, berpakaian, toileting + 1 aktivitas lainnya.

- 5) Katz E → dependen dalam mandi, berpakaian, toileting, dan transfer, tetapi masih mandiri dalam fungsi lainnya.
- 6) Katz F → dependen dalam mandi, berpakaian, toileting, transfer, dan kontinensia, tetapi masih mandiri dalam makan.
- 7) Katz G → dependen dalam seluruh 6 aktivitas.

Tips Menjawab

Untuk soal ini, perhatikan kata-kata: "memerlukan bantuan" → DEPENDEN

Kemudian identifikasi aktivitasnya:

Mandi → dependen

Berpakaian → dependen

BAK/BAB → toileting → dependen

Berpindah tempat → transfer → dependen

Kontinensia → dependen

Makan/minum sendiri → mandiri

10. Jawaban : E. Geriatric Depression Scale

- a. SALAH. Karena Katz Indeks Adalah instrument yang digunakan untuk Menilai kemampuan ADL dasar
- b. SALAH. Karena Barthel Indeks Adalah instrument yang digunakan untuk Menilai tingkat ketergantungan dalam ADL
- c. SALAH. Karena Short Portable Mental Adalah instrument yang digunakan untuk Skrining gangguan fungsi intelektual/kognitif
- d. SALAH. Karena Mini Mental State Exam (MMSE) Adalah instrument yang digunakan untuk Menilai fungsi kognitif
- e. BENAR. Karena Geriatric Depression Scale (GDS) Adalah instrument yang digunakan untuk Skrining gejala depresi pada lansia.

Kata kunci : karena fokus masalah pada kasus adalah kondisi psikologis/depresif, instrumen yang tepat adalah Geriatric Depression Scale (GDS).

Pembahasan

GDS merupakan instrumen yang secara khusus digunakan untuk skrining gejala depresi pada populasi lanjut usia.

Pada kasus ditemukan beberapa kata kunci depresi, yaitu:

Murung + menyendiri + kesepian + gangguan tidur + kehilangan pasangan. Oleh karena itu, instrumen yang paling tepat adalah Geriatric Depression Scale.



BRANDED
TECH
PUBLISHER



BRANDED
TECH
PUBLISHER

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka* (8th ed.; A. Y. Hamid & K. Ibrahim, eds.). St. Louis: Elsevier.
- Bell, J. M. (2014). Knowledge Translation in Family Nursing: Gazing Into the Promised Land. *Journal of Family Nursing*, 20(1), 3–12. <https://doi.org/10.1177/1074840714521731>
- Bell, J. M. (2016). The Central Importance of Therapeutic Conversations in Family Nursing: Can Talking Be Healing? *Journal of Family Nursing*, 22(4), 439–449. <https://doi.org/10.1177/1074840716680837>
- Bickley, L. S., & Szilagyi, P. G. (2008). *Buku Saku Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan Bates* (5th ed.). Jakarta: EGC.
- Ervin, N. (2002). *Advanced Community Health Nursing Practice* (1st ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga, Riset, Teori, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Kholifah, S. N., & Widagdo, W. (2016). *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Maglaya, A. . (2009). *Nursing Practice in the Community* (5th ed.). Philadelphia: Argonaut Corporation.
- Marshall, A., Bell, J. M., & Moules, N. J. (2010). Beliefs, suffering, and healing: A clinical practice model for families experiencing mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), 197–208. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00259.x>
- Mundakir, Wulandari, Y., & Mukarromah, N. (2019). Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah

- Sakit. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 1(2), 7–16.
Retrieved from
<https://www.researchgate.net/publication/342391101%0A>
Pemberdayaan
- NANDA. (2018). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020* (11th ed.; T. H. Heardman & S. Kamitsuru, eds.). Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2017a). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2017b). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (4th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- PPNI. (2016a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2016b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2016c). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, P. N., Ria, R. T. T. M., & Handayani, T. W. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat* (J. Sahar, Riyanto, & W. Wiarsih, eds.). Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Rohmah, N., & Walid, S. (2010). *Proses Keperawatan: Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Susanto, T., Kholifah, S. N., Rasni, H., & Susumaningrum, L. A. (2020). *Buku Ajar Praktikum Keperawatan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Susanto, T., Sulistyorini, L., & Wuri, E. (2016). ScienceDirect
School health promotion : A cross-sectional study on Clean

and Healthy Living Program Behavior (CHLB) among
Islamic Boarding Schools in Indonesia. *International Journal
of Nursing Sciences*, 4–11.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.007>





Profil Penulis



Ns. Siti Riskika, S. Kep., M. Kep

Riwayat pendidikan Penulis menempuh pendidikan di Diploma Tiga Keperawatan Universitas Bondowoso dan lulus pada tahun 2013. Menempuh Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Ners di Universitas Jember dan lulus tahun 2016. Pada tahun 2017 penulis kemudian melanjutkan studi di jenjang Magister Keperawatan di Universitas Airlangga Surabaya dan lulus pada tahun 2019. Penulis juga aktif di organisasi Keperawatan sebagai: Anggota Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Jawa Timur (IPKKI) sejak tahun 2020 sampai sekarang, Pengurus Divisi Bidang Pelayanan Ikatan Perawat Gerontik Indonesia (IPEGRI) Jawa Timur tahun 2021-2026. Riwayat pekerjaan: Dosen tetap di Program Studi DIII Keperawatan Universitas Bondowoso sejak tahun 2016 sampai sekarang, *Editor in Chief* DNHJ (*D’Nursing and Health Journal*) Universitas Bondowoso tahun 2020-2021. Penulis juga aktif mengikuti seminar nasional maupun internasional baik sebagai peserta, panitia, moderator dan narasumber.
e-mail penulis: chachaeris6@gmail.com



Ns. Mita Febrianti, S.Kep., M.Kep

Lahir di Bondowoso, 10 Februari 2000. Pendidikan Tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 Keperawatan & Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Jember lulus tahun 2023, kemudian melanjutkan Pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Jember lulus tahun 2026. Penulis merupakan

dosen di Program Studi Diploma III Keperawatan, Universitas Bondowoso. Penulis memiliki latar belakang pendidikan di bidang keperawatan Medikal Bedah.

Penulis aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi yang meliputi pendidikan dan pengajaran, penelitian, serta pengabdian kepada masyarakat. Bidang penelitian yang menjadi fokus penulis antara lain Keperawatan Medikal Bedah, caregiver, penyakit kronis, serta pendekatan budaya dalam pelayanan keperawatan.

Melalui buku yang ditulis, penulis berharap dapat berkontribusi dalam memperkaya sumber pembelajaran dan menjadi bagian dari upaya meningkatkan kualitas pendidikan serta praktik keperawatan di Indonesia.

Penulis dapat dihubungi melalui email: mitafebrianti@gmail.com

Motto: “Belajar dengan ketekunan, berkarya dengan keikhlasan, dan mengabdikan dengan ketulusan”



Ns. Luckyta Wahyu Wulandari, S.Kep., M.Kep. Penulis lahir di Jember, 29 Mei 1996. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dr. Soebandi Jember pada tahun 2018 yang kemudian melanjutkan pada Program Studi Profesi Ners di kampus yang sama tahun 2019 dan lulus S2 di Program

Studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Brawijaya Malang tahun 2023. Saat ini penulis merupakan Dosen Tetap Program Studi D III Keperawatan Universitas Bondowoso sejak tahun 2024. Dalam bidang akademik, penulis mengampu beberapa mata kuliah khususnya pada bidang Keperawatan Gawat Darurat. Selain aktif mengajar, penulis juga produktif melakukan kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi seperti penelitian, pengabdian kepada masyarakat, serta menulis artikel ilmiah yang dipublikasikan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: luckytawahyuwulandari.29@gmail.com



Ns. Leni Agustin, M.Kep. Lahir di Bondowoso, Jawa Timur, pada 26 Agustus 1986. Penulis merupakan anak pertama dari tiga bersaudara. Saat ini, penulis telah berkeluarga dan dikaruniai tiga orang buah hati yang menjadi sumber kebahagiaan dan motivasi dalam menjalani kehidupan pribadi maupun profesional.

Perjalanan pendidikan tinggi penulis dimulai pada tahun 2005 di Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bondowoso dan diselesaikan pada tahun 2008. Setelah lulus, pada tahun yang sama penulis memperoleh kesempatan untuk mengabdikan diri di almamater sebagai tenaga pendidik pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bondowoso hingga saat ini. Selanjutnya, pada tahun 2015 penulis menempuh pendidikan pascasarjana di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya, dengan peminatan Manajemen Keperawatan dan berhasil menyelesaikan pendidikan magister tepat waktu pada tahun 2017.

Bagi penulis, mengajar bukan sekadar profesi, melainkan sebuah panggilan jiwa. Di tengah peran sebagai seorang ibu dan berbagai tanggung jawab kehidupan, kesempatan untuk mengajar dan berbagi ilmu dengan mahasiswa merupakan anugerah yang senantiasa disyukuri. Mengajar telah menjadi bagian penting dari perjalanan hidup sekaligus ruang untuk membagikan pengetahuan, pengalaman, dan nilai-nilai kehidupan kepada generasi berikutnya. Penulis meyakini bahwa ilmu akan menjadi lebih bermakna ketika tidak hanya dimiliki, tetapi juga diajarkan, diamalkan, dan diwariskan. Melalui pengabdian sebagai pendidik, penulis berharap dapat

terus memberikan manfaat serta berkontribusi dalam membentuk generasi tenaga kesehatan yang berilmu, profesional, berkarakter, dan memiliki kepedulian terhadap sesama.

“Mengajar adalah panggilan jiwa, berbagi ilmu adalah wujud cinta.”





Ns. Yuana Dwi Agustin, S.Kep S.KM, M.Kes. Lahir di Jember, 7 Agustus 1975. Pendidikan Tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 Kesehatan masyarakat Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2001, melanjutkan Pendidikan S2 Kesehatan di Universitas Sebelas Maret Surakarta 2011. menempuh S1

Keperawatan dan Profesi Ners Universitas Nurul Jadid lulus tahun 2025, kemudian saat ini sedang melanjutkan Pendidikan S3 di Philippine Woman's University. Penulis merupakan dosen di Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bondowoso. Penulis memiliki latar belakang pendidikan di bidang kesehatan dan Keperawatan Komunitas.

Penulis aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi yang meliputi pendidikan dan pengajaran, penelitian, serta pengabdian kepada masyarakat. Bidang penelitian yang menjadi fokus penulis antara lain Kesehatan Masyarakat, Keperawatan komunitas dan penyakit menular, Gizi masyarakat. Melalui buku yang ditulis, penulis berharap semoga buku ini dapat memberikan manfaat, menambah wawasan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan praktik yang lebih baik. Penulis dapat dihubungi melalui email: yuanaadwi1975@gmail.com

Motto: "Terus Belajar, Terus Bertumbuh, Terus Menginspirasi. Karena Ilmu yang Diperjuangkan Hari ini akan Menjadi Kebermanfaatan di Masa Depan"



Ns. Rany Agustin Wulandari, S. Kep., M.Kep. Lahir di Bondowoso, 31 Agustus 1985. Jenjang Pendidikan S1 ditempuh di Stikes Majapahit, Kota Mojokerto lulus tahun 2010. Pendidikan S2 Magister Keperawatan, lulus tahun 2016 di Universitas Brawijaya Malang. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap di

Prodi DIII Keperawatan Universitas Bondowoso. Beberapa buku yang sudah diterbitkan Psikologi Keperawatan dan Paradigma Pasung.

Penulis juga berkecimpung dalam kegiatan pengembangan dan aplikasi secara nyata keperawatan jiwa yang bergabung dengan Tim Tekhnis Pelaksana Jiwa Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur. Sampai dengan tahun 2023. Penulis masih aktif bergerak di bidang pengembangan keperawatan jiwa di wilayah Propinsi Jawa Timur dengan menjadi fasilitator dan narasumber yang bertemakan keperawatan jiwa, Email Penulis: ranynurse85@gmail.com.



Ns. Ardila Lailatul Barik, S.Kep., M.Kep., Lahir di Jember, 07 Agustus 1992. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi S-1 Keperawatan dan Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember. Berangkat dari rasa keingintahuan

yang tinggi terhadap pendidikan keperawatan, penulis melanjutkan studi magister di Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga Surabaya dan lulus pada Tahun 2020. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2017 sebagai tenaga freelance enumerator untuk beberapa penelitian baik penelitian dari Kementerian Kesehatan RI maupun lembaga penelitian independen. Saat ini penulis bekerja di Program Studi D-III Keperawatan, Universitas Bondowoso mengampu mata kuliah komunitas dan keluarga serta mata kuliah keperawatan dasar lainnya. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku maupun publikasi. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ardilabarik@gmail.com.

SUKSES UJI KOMPETENSI PERAWAT MENUJU KOMPETEN 100%

Sukses Uji Kompetensi Perawat Menuju Kompeten 100% adalah buku latihan yang membahas berbagai persoalan dalam praktik keperawatan. Buku ini menyajikan soal-soal berbentuk kasus, kemudian dilengkapi jawaban dan alasan pilihannya. Pembaca diajak memahami cara menentukan tindakan yang paling tepat dalam situasi keperawatan, bukan hanya menghafal jawaban. Isi buku mencakup pembahasan seputar kehamilan dan persalinan, perawatan lansia, kondisi gawat darurat, kesehatan jiwa, keluarga, serta manajemen keperawatan. Kasus yang disajikan cukup dekat dengan kondisi yang dapat ditemui dalam pelayanan kesehatan. Karena itu, buku ini memberi gambaran mengenai pentingnya ketelitian, kemampuan menentukan prioritas, dan sikap profesional seorang perawat. Kelebihan buku ini adalah penjelasan pada setiap jawaban. Pembaca dapat mengetahui alasan suatu pilihan dianggap tepat dan memahami kesalahan pada pilihan lain. Selain itu, pembahasan menggunakan bahasa yang cukup jelas sehingga mudah diikuti. Buku ini juga menekankan pentingnya penalaran klinis dalam mengambil keputusan. Namun, masih terdapat beberapa hal yang perlu diperbaiki. Susunan judul bab belum sepenuhnya konsisten dengan isi pembahasannya, dan beberapa istilah maupun ejaan perlu disunting kembali agar lebih rapi. Daftar pustaka juga sebaiknya diperbarui secara berkala supaya selaras dengan perkembangan ilmu serta standar keperawatan terbaru. Secara keseluruhan, buku ini bermanfaat sebagai bacaan pendamping bagi siapa saja yang ingin memahami dasar pengambilan keputusan dalam keperawatan. Buku ini tidak hanya berisi latihan soal, tetapi juga menumbuhkan pemahaman bahwa seorang perawat harus mampu bertindak tepat, aman, dan bertanggung jawab dalam menghadapi berbagai kondisi pasien.



Dusun Krajan RT 02 RW 01, Tempuran, Bantaran
Probolinggo Jawa Timur 67251 | Hp : 0811101665
Website: www.brandedtechpublisher.biz.id
E-mail: brandedtechindonesia@gmail.com

