

PANDUAN PRAKTIKUM KEPERAWATAN JIWA

PENYUSUN :

TIM PANDUAN PRAKTIKUM
KEPERAWATAN JIWA



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
PROGRAM DIPLOMA TIGA KAMPUS SIDOARJO
JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES SURABAYA**

MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN JIWA

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
PROGRAM DIPLOMA TIGA KAMPUS SIDOARJO**



**Kemenkes
Poltekkes Surabaya**

**JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES SURABAYA**

VISI MISI
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
PROGRAM DIPLOMA TIGA KAMPUS SIDOARJO

VISI

Visi Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Kampus Sidoarjo adalah “Mengembangkan keilmuan keperawatan kegawatdaruratan dan kesehatan jantung yang inovatif, unggul, berintegritas dan berdaya saing global tahun 2035”.

MISI

1. Melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi yang mendukung pengembangan pengetahuan dan teknologi dengan keunggulan keperawatan kegawatdaruratan dan kesehatan jantung.
2. Melaksanakan tata kelola organisasi dan sumber daya manusia yang transparan, akuntabel, kredibel, adil dan bertanggung jawab.
3. Mengembangkan jejaring dan kemitraan dalam mendukung Tridharma Perguruan Tinggi.

Tim Penyusun

Modul Praktikum

Keperawatan Jiwa

Program Studi Keperawatan
Program Diploma Tiga Kampus Sidoarjo
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Surabaya

Penasehat

Luthfi Rusyadi, SKM, M.Sc

Direktur Poltekkes Kemenkes Surabaya

Penanggung Jawab

Dr, Hilmi Yumni, M.Kep.Sp.Mat

Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Surabaya

Kusmini Suprihatin, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An

Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Kampus Sidoarjo

Penyusun

Tim Panduan Praktikum Keperawatan Jiwa

Sekretariat

Jl. Pahlawan No 173 A, Sidoarjo

LEMBAR PENGESAHAN
MODUL PRAKTKUM
KEPERAWATAN JIWA

Program Studi Keperawatan
Program Diploma Tiga Kampus Sidoarjo

Mengetahui,
Ketua

Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Surabaya



Dr. Hinni Yumni, M.Kep.Sp.Mat
NIP. 196808231997032001

Menyetujui,
Ketua

Program Studi D3 Keperawatan Sidoarjo
Poltekkes Kemenkes Surabaya

A blue ink signature in cursive script, belonging to Kusmini Suprihatin.

Kusmini Suprihatin, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An
NIP.197103252001122001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan modul pembelajaran ini dengan tepat waktu. Tidak lupa kami ucapkan terima kasih kepada rekan – rekan yang telah membantu dalam pembuatan modul praktikum / laboratorium mata kuliah Keperawatan Jiwa, sehingga modul ini dapat terselesaikan dengan baik.

Modul ini disusun dengan mengumpulkan informasi melalui buku dan internet. Kami berusaha menyajikan modul ini dengan bahasa yang sederhana agar dapat mudah dimengerti oleh para pembaca.

Kami menyadari bahwa modul ini tidak luput dari kesalahan dan kekurangan, maka dari itu kami mohon atas saran dari pembaca guna menyempurnakan pembuatan modul berikutnya. Semoga modul ini dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan kita semua.

Akhir kata, penyusun mengucapkan banyak banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung.

Penyusun

DAFTAR ISI

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| LEMBAR VISI MISI..... | 3 |
| LEMBAR PENYUSUN..... | 4 |
| LEMBAR PENGESAHAN | 5 |
| KATA PENGANTAR | 6 |
| DAFTAR ISI..... | 7 |
| BAB I..... | 10 |
| PENDAHULUAN | 10 |
| 1.1 DESKRIPSI MATA KULIAH | 10 |
| 1.2 TUJUAN PRAKTIK LABORATORIUM | 10 |
| 1.3 CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)..... | 10 |
| 1.4 METODE PEMBELAJARAN | 12 |
| 1.5 METODE PENILAIAN..... | 12 |
| 1.6 ALOKASI WAKTU DAN TEMPAT | 12 |
| 1.7 TATA TERTIB PELAKSANAAN PRAKTIK LABORATORIUM | 12 |
| 1.8 EVALUASI PRAKTIK LABORATORIUM | 13 |
| BAB II..... | 15 |
| PEDOMAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK | 15 |
| 2.1 SEJARAH PERKEMBANGAN KEPERAWATAN JIWA..... | 15 |
| 2.2 KONSEP KESEHATAN JIWA..... | 15 |
| 2.3 APLIKASI MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN JIWA | 19 |
| 2.4 TERAPI MODALITAS DALAM KEPERAWATAN JIWA..... | 22 |
| 2.5 TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK DALAM ASUHAN KEPERAWATAN JIWA ... | 23 |
| 2.6 KONSEP PSIKOFARMAKA..... | 25 |
| 2.7 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN KECEMASAN | 27 |
| 2.8 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN CITRA TUBUH..... | 30 |
| 2.9 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH (HDR) | 32 |
| 2.10 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL..... | 34 |
| 2.11 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI HALUSINASI..... | 36 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 2.12 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN (PK)..... | 38 |
| 2.13 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI | 41 |
| BAB III | 44 |
| PANDUAN TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK SOSIALISASI (TAKS)..... | 44 |
| 3.1 TUJUAN..... | 44 |
| 3.2 AKTIVITAS DAN INDIKASI | 44 |
| SESI 1 : TAKS | 44 |
| SESI 2 : TAKS | 47 |
| SESI 3 : TAKS | 51 |
| SESI 4 : TAKS | 55 |
| SESI 5 : TAKS | 60 |
| SESI 6 : TAKS | 65 |
| SESI 7 : TAKS | 69 |
| BAB IV | 74 |
| PEDOMAN FIKSASI (PENGEKANGAN)..... | 74 |
| 4.1 PENGEKANGAN FISIK / RESTRAIN..... | 74 |
| 4.2 JENIS RESTRAIN..... | 74 |
| 4.3 INDIKASI PENGEKANGAN / RESTRAIN :..... | 74 |
| 4.4 PROSEDUR RESTRAIN :..... | 74 |
| 4.5 PROSEDUR RESTRAIN SPREI BASAH..... | 75 |
| 4.6 ISOLASI / SECLUSION | 76 |
| 4.7 INDIKASI :..... | 76 |
| 4.8 KONTRA INDIKASI :..... | 76 |
| 4.9 PROSEDUR ISOLASI (SECLUSION)..... | 76 |
| BAB V | 78 |
| FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA | 78 |
| BAB VI..... | 94 |
| PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA | 94 |
| BAB VII..... | 104 |
| PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA HARGA DIRI RENDAH..... | 104 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| BAB VIII | 114 |
| PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA PERILAKU KEKERASAN..... | 114 |
| BAB IX..... | 122 |
| PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA ISOLASI SOSIAL..... | 122 |
| BAB X | 129 |
| PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA DEFISIT PERAWATAN DIRI..... | 129 |
| BAB XI..... | 134 |
| PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA HALUSINASI..... | 134 |
| BAB XII..... | 140 |
| PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA WAHAM | 140 |
| BAB XIII | 145 |
| PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANSIETAS..... | 145 |
| BAB XIV | 148 |
| PENUTUP..... | 148 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 150 |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 DESKRIPSI MATA KULIAH

Keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berupaya meningkatkan dan mempertahankan perilaku pasien yang berperan pada fungsi yang terintegrasi. Sistem pasien atau klien dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi, atau komunitas. (Stuart, 2007). Mata kuliah ini membahas tentang konsep, teknik, dan asuhan keperawatan jiwa pada klien sebagai individu, keluarga, dan kelompok baik sehat, sakit, dan kegawatdaruratan.

1.2 TUJUAN PRAKTIK LABORATORIUM

1) TUJUAN UMUM PRAKTIK LABORATORIUM

Peserta didik akan memperoleh pengalaman belajar melalui **penerapan ilmu pengetahuan, sikap, dan keterampilan** yang harus dimiliki sesuai standar profesi secara terintegrasi, holistik, dan komprehensif dalam kondisi nyata di berbagai tatanan pelayanan kesehatan, serta mampu menerapkan **asuhan keperawatan (askep) berdasarkan kebutuhan dasar manusia** dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

2) TUJUAN KHUSUS PRAKTIK LABORATORIUM

Berdasarkan tujuan umum di atas, maka praktik laboratorium mempunyai tujuan khusus yaitu setelah melaksanakan pengalaman belajar praktik, mahasiswa mampu melakukan **asuhan keperawatan berdasarkan capaian pembelajaran dan kompetensi umum serta kompetensi khusus** sesuai dengan mata kuliah.

1.3 CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)

1) CPL-PRODI yang dibebankan pada MK

1. Menguasai **Konsep asuhan keperawatan klien** dalam rentang sehat – sakit pada berbagai tingkat usia.
2. Mampu memberikan **asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, dan kelompok** baik sehat, sakit, dan kegawatdaruratan dengan memperhatikan aspek bio, psiko, sosial kultural, dan spiritual yang menjamin keselamatan klien, sesuai standar asuhan keperawatan.
3. Mampu **mengelola asuhan keperawatan** berlingkup luas dengan menganalisa data serta metode yang sesuai dan dipilih dari beragam metode yang sudah maupun belum

baku dan dengan menganalisa data serta metode yang sesuai dan dipilih dari beragam metode yang sudah maupun belum baku dan dengan menganalisa data.

4. Mampu **mengelola asuhan keperawatan** sesuai kewenangan klinis.
5. Menunjukkan **kinerja dengan mutu dan kuantitas yang terukur**.

2) Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa mampu memahami:

- Sejarah perkembangan jiwa
- Konsep kesehatan jiwa :
 - Definisi / pengertian
 - Ciri – ciri sehat jiwa
 - Paradigma keperawatan jiwa
 - Falsafah keperawatan jiwa
 - Definisi/ pengertian
 - Macam – macam model konsep keperawatan jiwa : Psikoanalitik, Interpersonal, social, existensial, supportif therapy, medical, model komunikasi, model perilaku, model adaptasi roy dan model keperawatan
- Terapi modalitas dalam asuhan keperawatan jiwa : terapi individu, terapi kelompok, terapi keluarga, terapi lingkungan dan terapi biologis
- Terapi aktifitas kelompok dalam asuhan kelompok dalam asuhan keperawatan jiwa : manfaat TAK, tujuan TAK, Jenis TAK, dan tahapan TAK
- Konsep psikofarmaka : pengertian, jenis, efek samping dan peran perawat
- Asuhan keperawatan pada pasien dengan **kecemasan** : konsep kecemasan, proses asuhan keperawatan pasien dengan kecemasan
- Asuhan keperawatan pada pasien dengan **gangguan citra tubuh** : Konsep diri, konsep gangguan citra tubuh, proses asuhan keperawatan, proses asuhan keperawatan
- Asuhan keperawatan pasien dengan **kehilangan** : konsep dasar kehilangan, konsep berduka, proses asuhan keperawatan
- Asuhan keperawatan pada pasien dengan **harga diri rendah** : konsep dasar harga diri rendah, proses asuhan keperawatan
- Asuhan keperawatan pada pasien dengan **isolasi sosial** : konsep dasar isolasi sosial, proses asuahn keperawatan,

- Asuhan keperawatan pada pasien dengan **gangguan sensori persepsi halusinasi** : konsep dasar gangguan sensori persepsi halusinasi : pengertian, proses asuhan keperawatan
- Asuhan keperawatan pada pasien dengan **perilaku kekerasan** : konsep dasar perilaku kekerasan, proses asuhan keperawatan

1.4 METODE PEMBELAJARAN

SCL (Student Center Learning) :

1. Small Group Discussion (SGD);
2. Role-Play & Simulation;
3. Cooperative Learning (CL);
4. Project Based Learning (PjBL);
5. Problem Based Learning (PBL) baik Daring maupun Luring.

1.5 METODE PENILAIAN

1. UTS dan UAS (Penguasaan pengetahuan) : tes (40 %).
2. Praktikum : 50 %.
3. Penugasan : 10 %.

1.6 ALOKASI WAKTU DAN TEMPAT

Alokasi waktu praktik laboratorium disesuaikan dengan kalender akademik setiap tahun ajaran. Tempat praktik laboratorium keperawatan dilaksanakan di **Kampus Keperawatan Soetomo Surabaya dan/atau Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surabaya**. Waktu pelaksanaan praktik sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada jadwal pembelajaran keperawatan jiwa semester 4 yang telah ditetapkan.

1.7 TATA TERTIB PELAKSANAAN PRAKTIK LABORATORIUM

Tata tertib pelaksanaan praktik laboratorium keperawatan jiwa sesuai dengan tata tertib yang telah ditetapkan oleh institusi pendidikan mahasiswa Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Kampus Soetomo Surabaya. Berikut ini adalah tata tertib pelaksanaan praktikum.

1) Untuk Mahasiswa

- a. Hadir 10 menit di tempat praktikum sebelum kegiatan praktikum berlangsung.

- b. Menggunakan jas praktikum yang telah ditetapkan dilengkapi dengan papan nama.
- c. Diwajibkan menggunakan sepatu. Bila pembimbing menginginkan melepas sepatu ketika memasuki ruang praktikum, maka Anda wajib mematuhi.
- d. Pada saat praktikum berlangsung Anda dilarang mempergunakan alat komunikasi apapun sampai kegiatan praktikum selesai.
- e. Anda harus menyiapkan alat tulis sendiri karena pembimbing tidak mempersiapkannya.
- f. Semua kelengkapan untuk praktikum Anda harus siap seperti format laporan pendahuluan, format strategi pelaksanaan dan format asuhan keperawatan serta lembar evaluasi.
- g. Selama kegiatan praktikum berlangsung Anda diberikan kesempatan untuk ke kamar kecil sebelum kegiatan berlangsung dan tidak diperbolehkan makan dan minum ketika kegiatan praktikum sedang berlangsung.
- h. Kehadiran praktik laboratorium mahasiswa 100 %.

2) Untuk Pembimbing

- a. Hadir 10 menit di tempat praktikum sebelum kegiatan praktikum berlangsung.
- b. Menggunakan jas praktikum yang telah ditetapkan dilengkapi dengan papan nama.
- c. Memberikan penilaian sesuai format yang ada dan menyerahkannya kepada koordinator mata ajar.
- d. Selama kegiatan praktikum berlangsung tidak diperkenankan untuk melakukan kegiatan lain yang dapat mengganggu kegiatan praktikum.

1.8 EVALUASI PRAKTIK LABORATORIUM

Evaluasi belajar peserta didik pada praktik laboratorium keperawatan sesuai dengan program yang telah disepakati. Evaluasi ini meliputi 2 hal yaitu evaluasi pencapaian tujuan praktik laboratorium dan evaluasi program.

1) Evaluasi terhadap pencapaian tujuan praktik laboratorium meliputi :

- a. Evaluasi proses, Evaluasi proses melalui observasi terhadap kinerja peserta didik selama praktek. Evaluasi proses ini mencakup :
 - a) Evaluasi terhadap pencapaian target kompetensi / sub kompetensi dilakukan dengan menganalisa pencapaian target dalam log book. Diharapkan pencapaian target 90-100%. (Format log book dan format penilaian keterampilan terlampir)
 - b) Evaluasi terhadap sikap peserta didik selama melaksanakan praktik laboratorium. Evaluasi sikap ini dilakukan oleh pembimbing kelompok praktik (format penilaian terlampir).
- b. Evaluasi hasil terdiri dari :
 - a) Evaluasi terhadap laporan kasus asuhan keperawatan.

- b) Evaluasi pada ujian praktik laboratorium keperawatan. Evaluasi ini untuk menilai kemampuan peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

2) Evaluasi Program

Peserta didik melakukan **evaluasi terhadap pelaksanaan program praktik laboratorium**. Kegiatan ini dilaksanakan dibawah koordinasi pembimbing kelompok praktik laboratorium.

BAB II

PEDOMAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK

2.1 SEJARAH PERKEMBANGAN KEPERAWATAN JIWA

Perjalanan keperawatan jiwa berakar dari praktik perawatan yang sangat kuno, ketika gangguan mental dipandang sebagai fenomena supranatural dan ditangani oleh keluarga atau dukun setempat. Seiring waktu, terutama sejak abad ke-18 dan 19, muncul fenomena institusionalisasi—pendirian “**asylum**” atau **rumah sakit jiwa**—yang pada mulanya dimaksudkan untuk memberikan perawatan namun sering berujung pada perawatan *custodial* yang menempatkan pasien pada isolasi panjang. Perubahan paradigma mulai terjadi ketika ilmu kejiwaan (psikiatri) berkembang: ditemukannya intervensi psikoterapi, penemuan obat-obatan psikotropika, serta pendekatan diagnostik yang lebih sistematis. Perawat yang semula berperan sebagai penjaga mulai memperoleh **peran klinis yang lebih kompleks**; mereka terlibat dalam pemantauan obat, komunikasi terapeutik, dan intervensi psikososial.

Memasuki paruh akhir abad ke-20 dan berlanjut ke abad ke-21, terjadi **pergeseran penting**: layanan kesehatan jiwa mulai diupayakan untuk keluar dari model asuhan institusional ke arah **pelayanan berbasis komunitas**. Di banyak negara, termasuk Indonesia, perhatian bergeser pada penguatan layanan primer, integrasi kesehatan jiwa ke puskesmas dan layanan primer lainnya, serta menghormati hak asasi pasien. Pandemi COVID-19 mempercepat kebutuhan akan layanan alternatif seperti **telepsikiatri dan telehealth**, sementara juga memperlihatkan celah besar dalam cakupan layanan, stigma, dan sumber daya manusia. Riset dan kebijakan nasional menekankan perlunya memperkuat kapasitas perawat kesehatan jiwa dalam aspek promotif, preventif, serta rehabilitatif agar layanan menjadi lebih responsif terhadap kebutuhan komunitas.

Di konteks Indonesia, transformasi ini terlihat pada berbagai inisiatif kebijakan dan penelitian yang menyorot peningkatan prevalensi masalah kesehatan jiwa serta kebutuhan memperkuat layanan primer dan sumber daya manusia. Meski ada kemajuan—seperti studi kesiapan fasilitas untuk telepsikiatri dan upaya integrasi layanan—tantangan seperti **stigma, distribusi tenaga kesehatan yang timpang, dan keterbatasan anggaran** tetap menjadi hambatan nyata dalam praktik sehari-hari. Oleh karena itu pendidikan keperawatan modern menekankan penguasaan keterampilan **komunikasi terapeutik, penilaian biopsikosial, manajemen krisis, serta kemampuan memakai teknologi kesehatan jarak jauh** sebagai bagian dari kompetensi dasar perawat jiwa.

2.2 KONSEP KESEHATAN JIWA

2.2.1 Definisi

Kesehatan jiwa kini dipahami bukan sekadar “**tidak adanya gangguan**” melainkan sebagai kondisi **kesejahteraan mental** yang memungkinkan seseorang menghadapi tekanan

hidup, menyadari kemampuan diri, belajar dan bekerja secara produktif, serta berkontribusi pada komunitasnya. Definisi formal WHO menegaskan bahwa kesehatan jiwa adalah **komponen integral dari kesehatan secara keseluruhan dan merupakan hak asasi manusia yang mendasar**; fokusnya mencakup kesejahteraan, fungsi sosial, dan kapabilitas individu untuk membuat keputusan serta menjalin relasi.

Pandangan ini memindahkan fokus layanan dari semata-mata perawatan penyakit menuju **promosi kesehatan, pencegahan, serta pemulihan fungsional**. Dalam kerangka praktik keperawatan, kesehatan jiwa paling efektif dipahami melalui model **biopsikososial-spiritual** yang melihat individu sebagai hasil interaksi faktor biologis (misalnya genetika atau kondisi medis), psikologis (kemampuan koping, trauma, perkembangan kepribadian), sosial (dukungan keluarga, kondisi ekonomi, pekerjaan, stigma) dan spiritual (makna hidup, nilai). Pendekatan ini menuntut **penilaian holistik** oleh perawat: tidak hanya memeriksa gejala psikiatrik, tetapi juga memahami konteks kehidupan pasien—seperti keamanan rumah, pekerjaan, hubungan keluarga, dan akses ke layanan—karena determinan sosial sering kali menjadi pemicu atau penguat gangguan mental. Konsep **kontinuum** juga penting: kesehatan jiwa dipandang sebagai spektrum dari keadaan sehat, rentan, hingga mengalami gangguan; pemantauan dini dan intervensi promotif pada tahap rentan dapat mencegah perkembangan gangguan berat.

2.2.2 Ciri-Ciri

- a. Kemampuan beradaptasi terhadap stres: Individu dapat menghadapi tekanan sehari-hari tanpa disfungsi signifikan; menggunakan mekanisme koping yang fungsional.
- b. Fungsi produktif: Mampu menjalankan peran kerja/pendidikan dan aktivitas kehidupan sehari-hari secara memadai.
- c. Regulasi emosi yang memadai: Emosi berada dalam rentang yang sesuai konteks; kemampuan mengelola kemarahan, kecemasan, atau kesedihan tanpa kehilangan fungsi.
- d. Hubungan interpersonal sehat: Mampu membangun dan memelihara relasi, menunjukkan empati, serta berkomunikasi efektif.
- e. Orientasi realitas dan kognisi cukup: Persepsi, pemikiran, dan orientasi (waktu/tempat/orang) relatif terjaga tanpa gejala disorganisasi berat (mis. delusi/halusinasi aktif).
- f. Otonomi dan pengambilan keputusan: Mampu membuat keputusan sehari-hari dan mengatur kehidupan diri sendiri sesuai kemampuan.
- g. Adanya makna dan tujuan hidup: Memiliki aspirasi, tujuan, atau sumber makna yang memberi arah dan motivasi hidup.
- h. Resiliensi dan harapan: Kapasitas untuk bangkit kembali dari kesulitan dan mempertahankan harapan terhadap masa depan.

2.2.3 Paradigma Keperawatan Jiwa

Paradigma keperawatan jiwa mengacu pada cara kita memandang manusia, kesehatan, lingkungan, dan peran perawatan, kerangka yang memandu pengetahuan, praktik, dan penelitian. Dalam beberapa dekade terakhir terjadi pergeseran paradigma signifikan: dari model *custodial-institusional* ke model yang menempatkan klien sebagai **subjek aktif dalam**

proses penyembuhan, menekankan pendekatan **biopsikososial** dan perhatian pada hak asasi serta **pemulihan** (*recovery-oriented care*). Pandangan ini memandang gangguan mental bukan hanya sebagai kelainan organik semata tetapi sebagai hasil interaksi faktor biologis, psikologis, sosial, dan di banyak konteks spiritual. Pergeseran lain yang krusial adalah munculnya paradigma **klinis-neurosains** di psikiatri yang menempatkan temuan neurobiologis sebagai salah satu dasar pengetahuan, namun tetap diimbangi oleh pemahaman sosial dan kontekstual pasien, sebuah **eklektisisme** yang menuntut perawat jiwa memahami baik aspek neurobiologis maupun dinamika personal-komunitas pasien. Pemahaman paradigma ini penting karena menentukan metode penilaian, intervensi, dan *outcome* yang diukur dalam praktik serta penelitian keperawatan jiwa.

2.2.4 Falsafah Keperawatan Jiwa

Falsafah keperawatan jiwa merangkum nilai-nilai dan asumsi dasar tentang manusia dan perawatan yang menjadi landasan etika serta praktik profesional. Inti falsafah modern menekankan **martabat manusia, otonomi, hak untuk diterima tanpa stigma**, serta pelayanan yang berorientasi pemulihan—bukan sekadar kontrol gejala. Dalam praktik, falsafah ini terjemahkan menjadi prinsip-prinsip seperti **pendekatan holistik** (menghargai aspek biologis, psikologis, sosial, spiritual), penggunaan *therapeutic use of self* (penggunaan diri perawat sebagai alat terapeutik), dan komitmen pada kolaborasi lintas-disiplin serta pemberdayaan pasien. Selain itu, literatur kontemporer mendorong refleksi filosofis lebih jauh: hubungan antara “praktisi” dan “self/other”, **etika keadilan sosial** dalam akses layanan, dan **sensitivitas budaya**—artinya falsafah itu bukan abstrak, melainkan pedoman yang harus mempengaruhi kurikulum, kebijakan, dan cara perawat bertemu pasien dalam konteks nyata.

2.2.5 Tren dan Isu Keperawatan Jiwa

Dalam beberapa tahun terakhir praktik keperawatan jiwa dipengaruhi oleh perubahan cepat pada tataran teknologi, model pelayanan, dan kondisi sistem kesehatan pasca-pandemi. **Telepsikiatri dan layanan digital** membuka peluang memperluas akses tetapi juga menimbulkan tantangan etis, keselamatan data, dan kesenjangan digital. Sementara itu, pergeseran dari perawatan institusional ke **layanan berbasis komunitas** menuntut perawat berperan lebih luas — sebagai klinisi, fasilitator reintegrasi sosial, dan agen advokasi kebijakan. Di sisi sistemik terlihat isu klasik yang tetap mendesak: **kekurangan tenaga kesehatan mental, burnout di kalangan perawat, stigma** yang menghalangi pencarian bantuan, serta masalah keselamatan pasien di ruang rawat inap jiwa. Di atasnya semua, masuknya **kecerdasan buatan (AI)** dan *digital therapeutics* menawarkan alat baru untuk skrining dan intervensi, namun menimbulkan pertanyaan tentang akurasi, bias, privasi, dan tanggung jawab klinis. Berikut rincian tren dan isu utama—disajikan dalam poin dengan uraian praktik dan implikasi bagi perawat jiwa.

a. Digitalisasi layanan — Telepsikiatri dan telehealth

Telepsikiatri tumbuh pesat sejak pandemi: memberikan akses lebih mudah, menurunkan angka pembatalan janji, dan memungkinkan follow-up lebih sering. Namun perawat harus mewaspadai keterbatasan assessment jarak jauh (mis.

pengamatan nonverbal terbatas), masalah privasi/data, serta kebutuhan untuk protokol keselamatan ketika pasien menunjukkan risiko bunuh diri atau kekerasan. Praktik aman meliputi pemeriksaan identitas & lokasi pasien, rencana krisis lokal, dan dokumentasi yang ketat.

b. Peralihan ke layanan berbasis komunitas dan pemulihan (recovery-oriented care)

Model community-based care menekankan reintegrasi sosial, partisipasi keluarga, dan perawatan dekat rumah. Perawat jiwa perlu mengembangkan keterampilan dalam koordinasi layanan lintas sektor (kesehatan, sosial, pekerjaan), pemberdayaan pasien, serta program rehabilitasi vokasional dan sosial. Keberhasilan bergantung pada jaringan rujukan lokal dan dukungan kebijakan.

c. Kekurangan tenaga kerja dan burnout

Kekurangan tenaga mental health professionals dan tingginya tingkat burnout di kalangan pekerja kesehatan menghambat akses dan kualitas layanan. Perawat sering menanggung beban tugas besar dan kelelahan psikologis—yang menuntut intervensi organisasi seperti beban kerja terukur, dukungan supervision, dan program kesejahteraan staf. Penguatan peran perawat (task-shifting, nurse-led services) berpotensi mengurangi gap asalkan didukung pelatihan dan regulasi.

d. Keselamatan pasien di fasilitas rawat jiwa

Isu keselamatan—termasuk insiden kekerasan, penanganan krisis, dan kejadian keamanan—mendapat perhatian besar. Pendekatan safety paradigm modern mendorong system thinking, pelibatan pasien/keluarga, dan strategi de-eskalasi. Perawat perlu memimpin praktek keselamatan lingkungan, pelatihan de-eskalasi, serta review insiden untuk perbaikan berkelanjutan.

e. Determinan sosial dan ketimpangan akses

Faktor sosial-ekonomi (kemiskinan, pengangguran, pendidikan) terus menjadi determinan utama kesehatan jiwa. Perawat harus menerapkan pendekatan holistik dan peka konteks, termasuk advokasi layanan sosial dan program pencegahan yang menyoal kelompok rentan. Intervensi populasi dan strategi promosi kesehatan menjadi penting selain perawatan individual.

f. Etika, privasi, dan regulasi teknologi (termasuk AI)

AI dan digital therapeutics dapat membantu skrining dan personalisasi intervensi, tetapi juga berisiko memperbesar bias, mengaburkan garis tanggung jawab klinis, dan mengancam privasi data. Perawat harus memahami prinsip etika penggunaan teknologi, literasi digital pasien, dan memastikan bahwa alat digital yang digunakan telah tervalidasi dan diatur. Keterlibatan perawat dalam evaluasi teknologi dan pembuatan kebijakan sangat diperlukan.

g. Kualitas layanan dan model kolaboratif (task-sharing / integrated care)

Trend menunjuk pada model layanan terintegrasi (mental health di layanan primer) dan task-sharing—menggunakan PMHNPs, perawat spesialis, serta pekerja sebaya untuk memperluas layanan. Implementasi yang efektif memerlukan standar praktik, supervisi klinis, dan jalur rujukan yang jelas. Perawat yang memimpin layanan terintegrasi membutuhkan kompetensi klinis lanjutan dan keterampilan manajemen.

h. Stigma, kesehatan masyarakat, dan upaya pencegahan

Stigma terhadap masalah jiwa tetap menghambat pencarian bantuan. Tren saat ini mendukung kampanye literasi mental, intervensi berbasis sekolah/komunitas, dan keterlibatan peer support untuk menurunkan stigma. Perawat berperan penting sebagai edukator, advokat, dan fasilitator kelompok pendukung.

i. Kualitas bukti dan evaluasi intervensi baru

Banyak inovasi (aplikasi mobile, intervensi digital) berkembang cepat, tetapi bukti efektivitas jangka panjang masih terbatas. Perawat di konteks penelitian dan praktik harus mendorong pengukuran outcome yang bermakna (fungsi sosial, kualitas hidup) bukan hanya skor gejala singkat. Ini penting untuk memastikan intervensi benar-benar meningkatkan kesejahteraan.

2.2.6 Peran dan Fungsi Perawat Jiwa

Peran perawat jiwa kini **multifaset**—mencakup peran klinis langsung, edukator, advokat, koordinator layanan, dan agen perubahan sistem. Secara klinis, perawat memberikan **penilaian biopsikososial, komunikasi terapeutik, manajemen krisis, pemantauan efek obat, intervensi psikoedukatif, dan rehabilitasi fungsional**. Di tingkat komunitas dan puskesmas, perawat berfungsi sebagai **penggerak promosi kesehatan mental, pelaksana skrining dini, serta penghubung menuju layanan spesialis**—peran yang sangat vital di negara dengan distribusi tenaga kesehatan yang timpang seperti Indonesia. Selain itu, perawat jiwa penting sebagai **penjaga keselamatan lingkungan perawatan** (mis. menerapkan strategi de-eskalasi dan manajemen risiko), sekaligus sebagai calon pemimpin dalam pengembangan layanan *telehealth* dan layanan tim berbasis komunitas. Penelitian dan tinjauan literatur menegaskan bahwa tenaga keperawatan adalah **aset strategis** dalam memperluas cakupan layanan kesehatan jiwa—tetapi agar efektif, perawat memerlukan pelatihan berkelanjutan, dukungan sistemik, dan peran formal dalam tim interdisipliner. Di praktik nyata Indonesia, studi menunjukkan perawat berperan signifikan dalam edukasi dan intervensi psikososial di puskesmas dan daerah terpencil, namun menghadapi kendala seperti keterbatasan pelatihan, beban kerja, dan dukungan struktural—yang harus diatasi lewat kebijakan dan investasi pendidikan.

2.3 APLIKASI MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN JIWA

2.3.1 Definisi/Pengertian

Model konseptual dalam keperawatan jiwa adalah kerangka berpikir terstruktur yang menyusun konsep-konsep kunci seperti manusia, kesehatan, lingkungan, dan proses keperawatan menjadi hubungan logis yang dapat dipakai untuk **memahami fenomena klinis, memandu penilaian, menentukan intervensi, dan mengevaluasi hasil asuhan**. Dengan kata lain, model konseptual bukan sekadar teori abstrak; ia berfungsi sebagai **peta praktis** yang menerjemahkan pengetahuan teoretis menjadi langkah-langkah klinis yang sistematis. Definisi ini tercermin dalam literatur keperawatan modern yang menegaskan bahwa model konseptual memberi pedoman untuk observasi, interpretasi fenomena, dan pengambilan keputusan klinis.

2.3.2 Macam-macam Model Konseptual Keperawatan Jiwa :

a. Psikoanalitik (Psikodinamik)

Model psikoanalitik melihat perilaku dan gejala sebagai manifestasi konflik bawah sadar, pengalaman masa lalu, dan dinamika intrapsikis. Meski akar teorinya klasik, pendekatan psikodinamik modern tetap diaplikasikan dalam praktik jiwa untuk memahami pola hubungan berulang, transferensi, dan konflik internal pasien yang memengaruhi keseharian mereka. Dalam keperawatan, pemahaman psikodinamik membantu perawat mengenali pola hubungan terapeutik, merespons resistensi, dan menggunakan refleksi untuk mendukung proses perubahan psikologis. Seringkali pendekatan ini dipadu dengan intervensi singkat atau sebagai kerangka untuk terapi jangka menengah.

b. Interpersonal (Peplau)

Teori hubungan interpersonal menempatkan relasi perawat-pasien sebagai alat terapeutik utama. Peplau menggambarkan fase hubungan (orientasi, identifikasi, eksploitasi, resolusi) dan menekankan peran perawat sebagai pendamping, sumber informasi, dan fasilitator perubahan. Aplikasi langsungnya terlihat pada teknik komunikasi terapeutik, pembangunan kepercayaan, dan tugas-tugas seperti menilai kebutuhan emosional pasien atau memfasilitasi dukungan keluarga. Bukti kontemporer menegaskan bahwa interaksi terapeutik yang berkualitas berkaitan dengan kepuasan pasien dan hasil pemulihan.

c. Sosial (Model Sosial / Sosial-Ekologis)

Model sosial memandang gangguan mental dalam konteks determinan sosial—seperti kemiskinan, diskriminasi, dukungan keluarga, pekerjaan, dan kebijakan publik. Dalam praktik, ini mendorong perawat untuk melihat di luar simptom individu dan berfokus pada advokasi, linking pasien dengan sumber daya sosial, serta merancang intervensi komunitas (mis. kelompok dukungan, social prescribing). Model ini sangat berguna ketika masalah mental berkaitan erat dengan kondisi hidup pasien.

d. Eksistensial

Pendekatan eksistensial menekankan makna, kebebasan, tanggung jawab, dan kecemasan eksistensial manusia. Dalam keperawatan jiwa, penerapan eksistensial berwujud dalam intervensi yang membantu pasien menemukan makna, menghadapi

ketidakpastian, atau mengolah pengalaman kehilangan/krisis identitas. Perawat yang mengadopsi lensa eksistensial cenderung bekerja pada dimensi spiritual/filosofis pasien serta memfasilitasi refleksi yang mendukung resilien dan pemulihan. Literatur nursing modern juga menyorot pentingnya perhatian terhadap kecemasan eksistensial tenaga kesehatan sendiri pasca-pandemi.

e. Supportive Therapy (Terapi Suportif)

Terapi suportif fokus pada pemberian dukungan emosional, stabilitas, penguatan mekanisme coping, dan pemeliharaan fungsi ketika pasien mengalami krisis atau saat terapi intensif tidak tersedia. Dalam setting keperawatan, tindakan suportif sering kali adalah intervensi garis depan—mendengarkan aktif, validasi perasaan, psikoedukasi, dan fasilitasi rujukan. Bukti menunjukkan bahwa intervensi suportif yang baik dapat mengurangi kecemasan dan depresi pada pasien dalam berbagai konteks klinis.

f. Medical (Biomedis)

Model medis menekankan faktor biologis dan neurobiologis: genetika, neurologi, pharmacodynamics, dan kondisi medis komorbid. Di era modern, model ini sering menjadi dasar untuk pendekatan kombinasi (biopsikososial) — misalnya, penggunaan obat psikotropika bersama terapi psikososial. Dalam keperawatan jiwa, keterampilan terkait model ini meliputi penilaian efek obat, pemantauan tanda vital/efek samping, serta kolaborasi pengelolaan farmakoterapi. Kritik kontemporer mengingatkan agar model medis diintegrasikan dengan perspektif sosial untuk menghindari reduksionisme dan stigma.

g. Model Komunikasi (Therapeutic Communication)

Model komunikasi terapeutik adalah kerangka kerja praktik yang menitikberatkan penggunaan teknik komunikasi (refleksi, klarifikasi, validasi, open-ended questions) untuk membangun hubungan dan mempromosikan perubahan. Ini bukan teori tunggal melainkan kumpulan teknik yang sangat dipengaruhi oleh teori interpersonal; bukti pendidikan dan penelitian menunjukkan bahwa pelatihan komunikasi terapeutik meningkatkan kepuasan pasien, kepatuhan, dan bahkan outcome fungsional. Perawat harus menguasai prinsip-prinsip ini sebagai kompetensi inti.

h. Model Perilaku (Behavioral)

Model perilaku melihat gejala sebagai hasil pembelajaran (conditioning, reinforcement). Intervensi behavioristik (mis. exposure, reinforcement schedules, training keterampilan) diterapkan untuk mengubah perilaku maladaptif dan meningkatkan kemampuan fungsional. Dalam konteks keperawatan jiwa, teknik-teknik behavioristik sering dipakai dalam program pelatihan keterampilan sosial, manajemen kecemasan, dan program rehabilitasi perilaku di komunitas atau fasilitas. Model ini praktis dan mudah diukur, sehingga populer dalam setting rehabilitasi.

i. Model Adaptasi Roy (Roy Adaptation Model)

Roy Adaptation Model memandang individu sebagai sistem adaptif yang merespons perubahan lingkungan melalui proses koping. Teori ini membagi respons adaptif ke dalam beberapa modalitas (fisiologis, self-concept, peran fungsi, interdependensi) dan memberikan kerangka untuk menilai gangguan adaptasi dan merancang intervensi yang meningkatkan kemampuan adaptasi. Roy banyak digunakan dalam pengembangan intervensi keperawatan dan program pendidikan, serta dievaluasi dalam studi empiris modern—khususnya untuk pasien kronis dan rehabilitasi psikososial.

j. Model Keperawatan (Integratif / Nursing Models)

Model keperawatan yang lebih umum (mis. model holistik, model transpersonal caring Jean Watson, atau model promosi kesehatan) menyediakan landasan filosofis dan etis untuk praktik. Model ini sering dipadukan dengan model khusus (mis. interpersonal atau biomedical) untuk membentuk rencana asuhan yang komprehensif, humanistik, dan berorientasi pemulihan. Model keperawatan modern menekankan penggunaan bukti, budaya sensitif, dan keterlibatan pasien dalam perencanaan perawatan.

2.4 TERAPI MODALITAS DALAM KEPERAWATAN JIWA

Dalam praktik keperawatan jiwa, pemberian asuhan tidak hanya berfokus pada penanganan gejala psikologis, tetapi juga pada upaya **holistik** untuk memfasilitasi kesembuhan, meningkatkan fungsi adaptif, serta mencegah kekambuhan. Pendekatan yang digunakan sering disebut **terapi modalitas**, yakni seperangkat intervensi yang disesuaikan dengan kebutuhan klien meliputi terapi individu, kelompok, keluarga, lingkungan, biologis, hingga kognitif.

a. Terapi Individu

Terapi individu merupakan intervensi terapeutik yang dilakukan perawat secara tatap muka dengan pasien, berfokus pada identifikasi masalah, penyaluran emosi, serta pengembangan strategi koping yang lebih adaptif. Hubungan terapeutik antara perawat dan pasien menjadi inti dari terapi ini, dengan menekankan komunikasi terapeutik, empati, dan penerimaan tanpa syarat. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa terapi individu efektif dalam menurunkan gejala kecemasan, meningkatkan kepatuhan pengobatan, serta memperkuat kepercayaan diri pasien dengan gangguan jiwa.

b. Terapi Kelompok

Terapi kelompok adalah pendekatan di mana pasien berinteraksi dalam sebuah kelompok kecil dengan fasilitator perawat jiwa. Tujuan utamanya adalah memberikan dukungan sosial, meningkatkan keterampilan komunikasi, serta mengurangi rasa terisolasi. Pasien dapat belajar dari pengalaman orang lain, sekaligus berlatih keterampilan interpersonal. Studi kontemporer melaporkan bahwa terapi kelompok bermanfaat pada pasien dengan depresi dan skizofrenia karena membantu membangun rasa memiliki (sense of belonging) dan memperkuat mekanisme koping sosial.

c. Terapi Keluarga

Keluarga adalah sistem pendukung utama dalam perawatan jiwa, sehingga keterlibatannya sangat penting. Terapi keluarga dilakukan untuk meningkatkan pemahaman, mengurangi stigma, memperbaiki komunikasi, serta mengembangkan strategi bersama dalam menghadapi krisis kesehatan jiwa. Edukasi keluarga mengenai penyakit, obat-obatan, serta cara mendukung pasien terbukti mampu menurunkan angka kekambuhan pada skizofrenia dan gangguan mood. Dalam praktiknya, perawat berperan sebagai fasilitator komunikasi yang sehat antara pasien dan keluarganya.

d. Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan adalah suatu kondisi yang sengaja diciptakan agar mendukung proses penyembuhan pasien jiwa. Terapi ini mencakup pengaturan ruang fisik yang aman, suasana sosial yang mendukung, serta struktur aktivitas harian yang jelas. Perawat bertugas mengatur dinamika kelompok dalam ruangan rawat, menciptakan aturan yang konsisten, serta memberikan kesempatan pasien untuk berpartisipasi aktif dalam aktivitas sehari-hari. Bukti penelitian mutakhir menunjukkan bahwa lingkungan yang terstruktur baik mampu menurunkan perilaku agresif dan meningkatkan partisipasi pasien dalam program rehabilitasi.

e. Terapi Biologis

Terapi biologis melibatkan intervensi medis yang ditujukan untuk menyeimbangkan fungsi neurobiologis pasien. Modalitas ini termasuk pemberian farmakoterapi (antipsikotik, antidepresan, mood stabilizer), terapi elektrokonvulsif (ECT), maupun teknik stimulasi otak non-invasif. Dalam konteks keperawatan, perawat berperan penting dalam memantau efek samping obat, meningkatkan kepatuhan pasien terhadap regimen farmakologis, serta memberikan edukasi terkait penggunaan terapi biologis. Riset terkini menegaskan bahwa kombinasi antara terapi biologis dan psikososial lebih efektif dibandingkan hanya menggunakan salah satunya.

f. Terapi Kognitif

Terapi kognitif merupakan pendekatan psikoterapi yang membantu pasien mengidentifikasi pola pikir negatif, menggantinya dengan pola yang lebih adaptif, dan akhirnya memodifikasi perilaku. Dalam keperawatan jiwa, perawat sering menerapkan teknik kognitif-perilaku (Cognitive Behavioral Therapy/CBT) untuk pasien dengan depresi, ansietas, atau gangguan stres pascatrauma. CBT terbukti efektif dalam menurunkan gejala psikologis, mencegah kekambuhan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Perawat jiwa berperan sebagai fasilitator yang membimbing pasien melakukan restrukturisasi kognitif secara bertahap.

2.5 TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK DALAM ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) merupakan salah satu intervensi penting dalam keperawatan jiwa yang memanfaatkan dinamika kelompok sebagai sarana penyembuhan. Melalui keterlibatan aktif pasien dalam suatu kelompok, perawat jiwa dapat membantu pasien

mengekspresikan diri, **meningkatkan keterampilan sosial**, serta mengembangkan kemampuan adaptasi terhadap lingkungan. TAK bukan hanya sekadar aktivitas bersama, tetapi dirancang secara sistematis untuk mencapai tujuan terapeutik yang sesuai dengan kebutuhan pasien jiwa.

a. Manfaat Terapi Aktivitas Kelompok

TAK memberikan manfaat yang luas, baik bagi pasien maupun tenaga kesehatan. Bagi pasien, keterlibatan dalam kelompok mampu **menurunkan rasa kesepian, meningkatkan rasa percaya diri**, serta melatih keterampilan komunikasi. Aktivitas yang dilakukan bersama kelompok juga mendorong terciptanya **rasa memiliki (*sense of belonging*)** yang penting dalam pemulihan. Selain itu, pasien dapat belajar dari pengalaman orang lain, sekaligus memperoleh dukungan emosional dan motivasi untuk menghadapi kesulitan.

Bagi perawat, TAK bermanfaat sebagai media untuk **mengobservasi perilaku pasien, menilai kemampuan sosial**, serta mengidentifikasi kebutuhan yang belum terpenuhi. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa TAK berkontribusi signifikan dalam menurunkan gejala psikotik dan meningkatkan interaksi sosial pasien skizofrenia.

b. Tujuan Terapi Aktivitas Kelompok

Secara umum, tujuan TAK adalah membantu pasien mengembangkan fungsi psikososial yang lebih baik melalui aktivitas terarah dalam kelompok. Tujuan spesifiknya meliputi:

1. Meningkatkan **keterampilan komunikasi dan interaksi sosial**.
2. Menyalurkan **emosi atau perasaan** yang sulit diungkapkan secara individual.
3. Meningkatkan **harga diri dan rasa percaya diri**.
4. Melatih kemampuan **bekerja sama dan menghargai** orang lain.
5. Memperkuat **kontrol diri** terhadap perilaku maladaptif.

Dengan demikian, TAK menjadi sarana pembelajaran sosial yang aman, di mana pasien dapat mencoba perilaku baru tanpa takut dikucilkan.

c. Jenis Terapi Aktivitas Kelompok

TAK dapat dikembangkan dalam berbagai bentuk sesuai kebutuhan pasien dan tujuan terapeutik. Beberapa jenis TAK yang umum digunakan antara lain:

1. **TAK stimulasi persepsi**, untuk meningkatkan konsentrasi dan kesadaran realita.
2. **TAK stimulasi kognitif**, misalnya permainan edukatif untuk melatih daya ingat, perhatian, dan pemecahan masalah.

3. **TAK stimulasi psikomotor**, seperti senam atau kegiatan seni, untuk menyalurkan energi serta meningkatkan koordinasi tubuh.
4. **TAK sosialisasi**, bertujuan meningkatkan keterampilan interaksi, berbagi peran, dan kerjasama.
5. **TAK rekreasi atau hiburan**, untuk memberikan kesenangan, mengurangi stres, dan membangun suasana positif.

Pemilihan jenis TAK disesuaikan dengan kondisi pasien, diagnosis keperawatan, serta tujuan asuhan yang ingin dicapai.

d. Tahapan Terapi Aktivitas Kelompok

Pelaksanaan TAK biasanya mengikuti tahapan yang sistematis agar tujuan dapat tercapai. Tahapan tersebut meliputi:

1. **Tahap persiapan** – perawat menyiapkan tujuan, materi, aturan, dan tempat kegiatan. Pada tahap ini dilakukan juga pemilihan pasien sesuai kriteria.
2. **Tahap orientasi** – perawat memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan kegiatan, aturan kelompok, serta menciptakan suasana saling percaya.
3. **Tahap kerja** – inti kegiatan berlangsung, di mana pasien terlibat aktif sesuai jenis aktivitas yang telah dirancang. Perawat berperan sebagai fasilitator, motivator, sekaligus pengamat perilaku pasien.
4. **Tahap terminasi** – kegiatan ditutup dengan refleksi, evaluasi pengalaman pasien, serta pemberian umpan balik positif.

Setiap tahapan memiliki peran penting, karena keberhasilan TAK sangat bergantung pada keterlibatan pasien secara aktif dan konsisten dalam kelompok.

2.6 KONSEP PSIKOFARMAKA

a. Pengertian

Psikofarmaka adalah obat-obatan yang digunakan untuk **memengaruhi fungsi otak dan perilaku** seseorang, khususnya pada pasien dengan gangguan jiwa. Obat ini bekerja dengan cara **memodulasi neurotransmitter** dalam sistem saraf pusat sehingga dapat mengurangi gejala psikotik, kecemasan, depresi, maupun gangguan suasana hati lainnya. Dalam praktik keperawatan jiwa, psikofarmaka berfungsi sebagai salah satu modalitas **terapi biologis** yang sangat penting, karena dapat membantu pasien mencapai kestabilan emosi dan memperbaiki kualitas hidup. Penggunaan psikofarmaka biasanya dikombinasikan dengan terapi psikososial maupun terapi aktivitas kelompok, karena pendekatan **holistik** dinilai lebih efektif dalam proses penyembuhan (Sadock et al., 2021).

b. Jenis Psikofarmaka

Jenis-jenis psikofarmaka dibedakan berdasarkan indikasi dan mekanisme kerjanya, antara lain:

1. **Antipsikotik**, digunakan pada pasien dengan gangguan psikotik seperti **skizofrenia**, yang bekerja menekan gejala halusinasi dan delusi. Obat ini dibagi menjadi antipsikotik tipikal (generasi pertama) dan atipikal (generasi kedua).
2. **Antidepresan**, diberikan pada pasien dengan **depresi** maupun **gangguan kecemasan**. Golongan yang sering digunakan adalah *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRIs), *serotonin norepinephrine reuptake inhibitors* (SNRIs), dan *tricyclic antidepressants* (TCAs).
3. **Anxiolitik**, khususnya benzodiazepin, digunakan untuk mengurangi gejala **kecemasan, ketegangan, maupun insomnia**.
4. **Mood stabilizer**, seperti lithium dan valproat, umumnya diberikan pada pasien dengan **gangguan bipolar** untuk mengendalikan episode mania maupun depresi.
5. **Psikostimulan**, digunakan pada gangguan perhatian dan hiperaktivitas (ADHD), misalnya metilfenidat.

Perkembangan terkini menunjukkan adanya peningkatan penggunaan antipsikotik atipikal karena lebih sedikit menimbulkan efek samping ekstrapiramidal dibandingkan antipsikotik tipikal (Stahl, 2021).

c. Efek Samping Psikofarmaka

Meskipun bermanfaat, penggunaan psikofarmaka tidak lepas dari efek samping yang perlu diwaspadai. Efek samping berbeda-beda sesuai dengan golongan obat, misalnya:

1. **Antipsikotik** dapat menyebabkan **efek ekstrapiramidal** seperti tremor, distonia, akatisia, hingga *tardive dyskinesia*. Antipsikotik atipikal sering dikaitkan dengan **kenaikan berat badan, sindrom metabolik, dan diabetes mellitus**.
2. **Antidepresan**, terutama SSRIs, dapat menimbulkan **mual, disfungsi seksual, insomnia**, dan risiko sindrom serotonin bila digunakan bersama obat lain yang meningkatkan serotonin.
3. **Anxiolitik** benzodiazepin dapat menimbulkan **ketergantungan, sedasi berlebihan, serta gangguan memori**.
4. **Mood stabilizer** seperti lithium perlu dipantau **kadar serum** karena rentan menyebabkan **keracunan** dengan gejala tremor, gangguan ginjal, dan hipotiroidisme.

Pemahaman tentang efek samping ini penting agar perawat dapat melakukan deteksi dini serta memberikan edukasi yang tepat kepada pasien dan keluarga.

d. Peran Perawat dalam Psikofarmaka

Peran perawat dalam penggunaan psikofarmaka tidak hanya sebatas pemberian obat, tetapi juga mencakup aspek edukasi, monitoring, dan advokasi pasien. Perawat bertanggung jawab untuk:

1. **Memberikan obat** sesuai resep dokter, dengan memperhatikan dosis, waktu, dan cara pemberian yang tepat.
2. **Memantau efek terapeutik maupun efek samping**, termasuk tanda-tanda toksisitas atau reaksi alergi.
3. **Memberikan edukasi** kepada pasien dan keluarga, misalnya pentingnya kepatuhan minum obat, bahaya menghentikan obat secara tiba-tiba, serta cara mengatasi efek samping ringan.
4. **Membangun hubungan terapeutik**, sehingga pasien merasa didukung dalam proses pengobatan dan lebih termotivasi untuk patuh terhadap regimen farmakoterapi.
5. **Berkolaborasi** dengan tim kesehatan jiwa seperti psikiater, psikolog, dan pekerja sosial dalam memberikan pelayanan holistik.

Dengan demikian, perawat berperan sebagai garda terdepan dalam memastikan keamanan dan efektivitas penggunaan psikofarmaka.

2.7 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN KECEMASAN

a. Konsep Kecemasan

1) Pengertian

Kecemasan adalah suatu kondisi emosional yang ditandai oleh **perasaan takut, khawatir, dan ketegangan** yang muncul sebagai respon terhadap ancaman nyata maupun persepsi ancaman. Berbeda dengan rasa takut yang biasanya memiliki objek jelas, kecemasan cenderung bersifat subjektif dan **tidak selalu memiliki penyebab spesifik**. Pada klien dengan gangguan jiwa, kecemasan sering menjadi gejala utama maupun penyerta berbagai masalah kesehatan mental, seperti depresi, skizofrenia, atau gangguan obsesif-kompulsif (American Psychiatric Association, 2022).

2) Tanda dan Gejala

Kecemasan dapat termanifestasi dalam gejala fisik, kognitif, maupun perilaku.

1. **Fisik**: peningkatan denyut jantung, napas cepat, keringat berlebih, gangguan tidur, gangguan pencernaan.
2. **Kognitif**: sulit berkonsentrasi, pikiran dipenuhi kekhawatiran, merasa tidak mampu mengendalikan keadaan.
3. **Perilaku**: gelisah, menghindari situasi tertentu, perilaku kompulsif, dan mudah marah.

3) Tingkat Kecemasan

Kecemasan diklasifikasikan ke dalam beberapa tingkatan:

1. **Ringan:** meningkatkan kewaspadaan dan dapat memotivasi individu.
2. **Sedang:** fokus perhatian menyempit, sulit berkonsentrasi, tetapi masih dapat diarahkan.
3. **Berat:** perhatian sangat terbatas, individu sulit berpikir jernih dan cenderung panik.
4. **Panik:** kehilangan kendali total, disorganisasi pikiran, hingga munculnya perilaku maladaptif.

4) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor yang **meningkatkan kerentanan** seseorang terhadap kecemasan, seperti riwayat keluarga dengan gangguan kecemasan, pengalaman masa kecil yang traumatis, kepribadian yang perfeksionis, maupun adanya penyakit kronis.

5) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan **pemicu** timbulnya kecemasan. Pemicu ini bisa berupa stresor eksternal (misalnya konflik keluarga, kehilangan pekerjaan, masalah finansial) maupun internal (perubahan hormonal, kelelahan fisik).

6) Sumber Koping

Sumber koping adalah **kemampuan internal maupun eksternal** yang dapat dimanfaatkan klien untuk mengatasi kecemasan, seperti dukungan keluarga, jaringan sosial, keyakinan agama, maupun keterampilan pemecahan masalah.

7) Mekanisme Koping

Mekanisme koping bisa bersifat adaptif maupun maladaptif. **Koping adaptif** misalnya relaksasi, olahraga, mencari dukungan sosial, dan doa. Sedangkan **koping maladaptif** meliputi penyalahgunaan alkohol, menarik diri, atau perilaku agresif.

8) Mekanisme Pertahanan Ego yang Perlu Dikaji

Pada klien dengan kecemasan, mekanisme pertahanan ego yang sering muncul adalah **represi, rasionalisasi, proyeksi, regresi, dan denial**. Perawat perlu mengkaji mekanisme ini karena penggunaannya yang berlebihan dapat menghambat adaptasi sehat.

9) Faktor yang Mempengaruhi

Faktor yang mempengaruhi kecemasan antara lain kondisi **biologis** (perubahan neurotransmitter), **psikologis** (trauma, pola asuh), **sosial** (dukungan keluarga, budaya), dan **spiritual** (keyakinan terhadap takdir atau kekuatan yang lebih tinggi).

b. Praktik Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Kecemasan

1) Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan menilai kondisi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual klien. Perawat mengidentifikasi tanda-tanda fisiologis kecemasan, tingkat kecemasan, faktor pencetus, mekanisme koping, serta dukungan sosial yang dimiliki klien.

2) Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang sering muncul pada klien dengan kecemasan antara lain:

1. **Ansietas** berhubungan dengan ancaman terhadap integritas diri.
2. **Koping individu tidak efektif** berhubungan dengan strategi penyelesaian masalah yang maladaptif.
3. **Gangguan pola tidur** berhubungan dengan kecemasan yang meningkat.

3) Menyusun Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan hasil pengkajian, dengan tujuan jangka pendek maupun jangka panjang. Misalnya, tujuan jangka pendek adalah klien dapat mengidentifikasi faktor pencetus kecemasan, sedangkan tujuan jangka panjang adalah klien mampu menggunakan mekanisme koping yang adaptif.

4) Implementasi/Prosedur Tindakan

Beberapa intervensi yang dapat dilakukan perawat meliputi:

1. **Pemantauan tingkat stres dan kecemasan**, dilakukan secara berkala untuk menentukan efektivitas intervensi.
2. **Pemberian reduksi ansietas**, misalnya melalui teknik **relaksasi, pernapasan dalam, distraksi, dan terapi musik**.
3. **Dukungan pengungkapan perasaan, emosional, dan spiritual**, perawat memberi kesempatan klien untuk mengekspresikan perasaan, mendukung pelaksanaan ibadah, serta memfasilitasi aktivitas yang mendukung spiritualitas.
4. **Edukasi keterampilan koping**, seperti manajemen waktu, pemecahan masalah, serta latihan *mindfulness*.
5. **Penerapan komunikasi terapeutik**, dengan menunjukkan empati, mendengarkan aktif, serta memberikan rasa aman sehingga klien tidak merasa dihakimi.

5) Melakukan Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan menilai sejauh mana tujuan tercapai, misalnya apakah klien mampu menurunkan tingkat kecemasan, mengidentifikasi stresor, serta menggunakan koping yang lebih adaptif.

6) Membuat Dokumentasi

Seluruh proses asuhan keperawatan, mulai dari pengkajian hingga evaluasi, perlu didokumentasikan secara sistematis. Dokumentasi ini penting sebagai bukti profesional, sarana komunikasi antar tenaga kesehatan, serta dasar pengambilan keputusan lanjutan.

2.8 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN CITRA TUBUH

a. Konsep Diri

Konsep diri merupakan keseluruhan **persepsi, keyakinan, dan penilaian individu terhadap dirinya sendiri**. Konsep diri terbentuk dari pengalaman hidup, interaksi sosial, dan interpretasi individu terhadap lingkungannya. Dalam keperawatan jiwa, pemahaman tentang konsep diri sangat penting karena gangguan konsep diri dapat memengaruhi kesehatan mental seseorang (Nurhidayah et al., 2021).

Komponen konsep diri meliputi:

1. **Citra tubuh:** persepsi individu terhadap bentuk, ukuran, dan fungsi tubuh.
2. **Identitas diri:** kesadaran individu tentang siapa dirinya, termasuk peran, nilai, dan tujuan hidup.
3. **Peran diri:** pola perilaku yang diharapkan sesuai posisi sosial.
4. **Harga diri:** penilaian individu terhadap nilai dan kemampuan dirinya.
5. **Ideal diri:** gambaran individu tentang apa yang diinginkan dan dicita-citakan dalam dirinya.

Dengan demikian, gangguan dalam salah satu komponen konsep diri, khususnya citra tubuh, dapat menimbulkan masalah keperawatan jiwa yang kompleks.

b. Konsep Gangguan Citra Tubuh

1) Pengertian:

Gangguan citra tubuh adalah **ketidakmampuan individu untuk menerima perubahan pada tubuhnya**, baik secara fisik maupun fungsional. Gangguan ini dapat timbul akibat penyakit kronis, disabilitas, kecelakaan, prosedur medis (misalnya amputasi atau mastektomi), maupun stigma sosial (Prawitasari et al., 2022).

2) Perilaku gangguan citra tubuh dapat ditunjukkan melalui:

1. **Penolakan** melihat atau menyentuh bagian tubuh yang berubah.
2. **Menghindari cermin** atau menutup bagian tubuh yang dianggap rusak.
3. Menunjukkan rasa **malu, rendah diri, atau menarik diri** dari interaksi sosial.
4. Mengungkapkan rasa putus asa, marah, atau depresi terhadap kondisi tubuhnya.

5. Adanya **penurunan kemampuan beraktivitas** karena merasa tidak percaya diri.

c. Praktik Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Citra Tubuh

1) Pengkajian

Perawat melakukan pengumpulan data terkait kondisi fisik, persepsi pasien tentang perubahan tubuh, respon emosional, dukungan sosial, serta mekanisme koping yang digunakan. Penting juga menilai bagaimana perubahan tubuh memengaruhi peran sosial dan kualitas hidup pasien.

2) Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Beberapa diagnosa keperawatan yang sering muncul antara lain:

1. **Gangguan citra tubuh** berhubungan dengan perubahan struktur/fungsi tubuh.
2. **Harga diri rendah situasional.**
3. **Ansietas atau depresi** berhubungan dengan perubahan fisik.

3) Menyusun Rencana Keperawatan

Rencana intervensi difokuskan pada:

1. **Meningkatkan penerimaan diri** pasien terhadap kondisi tubuh.
2. Mengurangi rasa malu atau rendah diri.
3. Meningkatkan **dukungan sosial dan koping adaptif.**
4. Membantu pasien membangun kembali **harga diri dan kepercayaan diri.**

4) Implementasi/Prosedur Tindakan

Beberapa intervensi keperawatan yang dapat dilakukan antara lain:

1. **Promosi citra tubuh:** memberikan edukasi bahwa perubahan tubuh bukan berarti kehilangan nilai diri.
2. **Dukungan spiritual dan harapan:** membantu pasien menemukan makna hidup dan meningkatkan ketabahan.
3. **Meningkatkan harga diri:** memberi pujian terhadap kemampuan pasien yang masih dimiliki.
4. **Membangun hubungan positif:** mendorong pasien untuk berinteraksi dengan orang lain.
5. **Meningkatkan kepercayaan diri dan kesadaran diri:** melibatkan pasien dalam perawatan diri sehari-hari.

6. **Koping dan sistem pendukung:** membantu pasien menggunakan mekanisme koping adaptif serta melibatkan keluarga atau kelompok dukungan.
7. **Penerapan komunikasi terapeutik:** mendengarkan aktif, memberikan empati, serta membantu pasien mengekspresikan perasaan terkait perubahan tubuhnya.

5) Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan melihat perubahan perilaku pasien, misalnya pasien mulai menerima kondisi tubuhnya, berani bercermin, dapat berinteraksi sosial, dan melaporkan perasaan lebih percaya diri.

6) Dokumentasi

Semua data pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, serta hasil evaluasi harus dicatat secara sistematis dalam rekam medis keperawatan untuk memantau perkembangan pasien.

2.9 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH (HDR)

a. Konsep Dasar Harga Diri Rendah

Harga diri merupakan penilaian subjektif individu terhadap dirinya sendiri, yang berkaitan dengan perasaan berharga, berarti, serta dihargai baik oleh diri sendiri maupun orang lain. **Harga diri rendah (HDR)** adalah kondisi di mana individu mengalami **penilaian negatif terhadap dirinya**, merasa tidak berdaya, kurang percaya diri, tidak mampu, bahkan merasa tidak layak untuk dihargai. Menurut NANDA-I (2021–2023), harga diri rendah digolongkan sebagai diagnosis keperawatan yang ditandai dengan **perasaan ketidakberhargaan, rasa malu, dan ketidakpuasan terhadap diri**.

Proses terjadinya HDR biasanya berawal dari pengalaman hidup yang penuh tekanan, kegagalan, penolakan, atau **trauma psikososial**. Faktor predisposisi seperti **pola asuh yang otoriter, kurang kasih sayang, pengalaman kekerasan, serta stigma sosial** juga berkontribusi dalam pembentukan harga diri rendah. Tanda dan gejala HDR dapat terlihat melalui perilaku **menarik diri dari lingkungan, merasa tidak berguna, sering mengkritik diri sendiri, rendahnya motivasi, gangguan konsentrasi, mudah cemas**, serta adanya perilaku menghindar dari tanggung jawab. Pada kasus berat, klien bahkan bisa menunjukkan gejala depresi atau **kecenderungan melukai diri sendiri** (Stuart, 2021).

b. Praktik Asuhan Keperawatan Klien dengan HDR

Asuhan keperawatan pada klien dengan HDR memerlukan pendekatan holistik, mencakup pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, implementasi, evaluasi, hingga dokumentasi.

1) Pengkajian

Perawat perlu menggali faktor penyebab dan respons klien terhadap masalah harga diri, termasuk pengalaman masa lalu, pola asuh, dukungan keluarga, serta kondisi psikososial saat ini. Observasi terhadap verbal (ungkapan diri yang merendahkan) dan nonverbal (**kontak mata rendah, postur tubuh tertunduk**) menjadi bagian penting pengkajian.

2) Merumuskan Diagnosis Keperawatan

Diagnosis utama biasanya adalah **Harga Diri Rendah Kronis atau Situasional** sesuai dengan kriteria NANDA-I. Diagnosis tambahan bisa berupa isolasi sosial, gangguan citra tubuh, atau risiko perilaku melukai diri tergantung kondisi klien.

3) Menyusun Rencana Keperawatan

Rencana intervensi difokuskan pada **peningkatan rasa percaya diri, penguatan peran sosial, serta dukungan emosional**. Tujuan yang diharapkan adalah klien mampu menilai dirinya lebih positif, berpartisipasi dalam aktivitas sosial, dan menunjukkan perilaku adaptif.

4) Implementasi/Prosedur Tindakan

Tindakan keperawatan dilakukan secara bertahap sesuai kebutuhan klien, meliputi:

- a. Pemberian rekomendasi terlibat dalam kelompok pendukung – membantu klien merasa tidak sendirian, menumbuhkan perasaan diterima, dan memperoleh dukungan sosial.
- b. Promosi dukungan spiritual, harapan, harga diri, hubungan positif, kepercayaan diri, kesadaran diri, coping, dan sistem pendukung – memberi kesempatan klien untuk mengembangkan potensi diri serta memperkuat aspek psikospiritual.
- c. Edukasi komunikasi efektif – melatih klien dalam mengekspresikan perasaan secara asertif tanpa merasa terancam.
- d. Dukungan penampilan peran – membantu klien mengembangkan kemampuan sesuai dengan peran sosialnya di masyarakat atau keluarga.
- e. Modifikasi perilaku dan keterampilan sosial – melatih keterampilan sosial melalui simulasi, role play, atau praktik langsung.
- f. Pendampingan keluarga – melibatkan keluarga dalam proses perawatan agar memberikan dukungan emosional dan motivasi.
- g. Promosi dukungan keluarga dan sosial – memperkuat ikatan keluarga, komunikasi efektif, serta pengasuhan yang adaptif.
- h. Rujukan ke terapi keluarga – jika masalah bersifat kompleks dan membutuhkan intervensi profesional lanjutan.
- i. Penerapan strategi komunikasi terapeutik pada klien HDR – mendengarkan aktif, empati, serta validasi perasaan klien untuk menumbuhkan rasa aman.

5) Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan melihat perubahan pada klien, seperti **peningkatan interaksi sosial, berkurangnya pernyataan negatif tentang diri, meningkatnya rasa percaya diri**, serta keterlibatan dalam aktivitas positif.

6) Dokumentasi

Seluruh proses asuhan dicatat secara sistematis, mulai dari pengkajian, diagnosis, rencana, implementasi, hingga evaluasi. Dokumentasi menjadi dasar komunikasi antar tenaga kesehatan sekaligus bukti legal praktik keperawatan.

2.10 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL

a. Konsep Dasar Isolasi Sosial

1) Pengertian.

Isolasi sosial adalah kondisi di mana individu mengalami **perasaan kesepian, menarik diri dari interaksi sosial, dan kesulitan menjalin hubungan interpersonal**. Menurut NANDA-I (2021–2023), isolasi sosial didefinisikan sebagai “pengalaman kesendirian yang dirasakan oleh individu, ditandai dengan kurangnya kontak dengan orang lain atau perasaan terputus dari lingkungan sosialnya.” Kondisi ini bukan hanya akibat dari kurangnya kehadiran orang lain secara fisik, tetapi juga dipengaruhi oleh **persepsi individu yang merasa tidak diterima, ditolak, atau tidak berharga**.

2) Proses Terjadinya.

Isolasi sosial umumnya terjadi melalui proses bertahap. Faktor predisposisi dapat berupa gangguan mental (seperti depresi, skizofrenia), pengalaman trauma, penolakan sosial, maupun kehilangan orang yang dicintai. Faktor presipitasi dapat berupa peristiwa kehidupan penuh tekanan, stigma dari lingkungan, atau kondisi fisik yang membatasi aktivitas sosial. Akibatnya, individu cenderung **menghindar dari kontak sosial**, merasa tidak mampu, dan semakin memperkuat siklus keterasingan.

3) Tanda dan Gejala.

Klien dengan isolasi sosial menunjukkan berbagai tanda, antara lain: **enggan berkomunikasi, lebih banyak diam, menghindari kontak mata, tampak menarik diri dari lingkungan, berdiam diri di kamar, menunjukkan perasaan kesepian, mudah cemas** saat berada di tengah orang lain, hingga kehilangan minat pada aktivitas yang melibatkan interaksi sosial. Pada kasus yang lebih berat, isolasi sosial dapat memicu depresi, gangguan identitas, bahkan risiko bunuh diri (Stuart, 2021).

b. Praktik Asuhan Keperawatan pada Klien Isolasi Sosial

Asuhan keperawatan dilakukan dengan pendekatan holistik yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan dokumentasi.

1) Pengkajian

Pengkajian difokuskan pada faktor penyebab, lama durasi isolasi, respons emosional, serta dampaknya terhadap fungsi sosial. Perawat perlu menggali riwayat hubungan interpersonal, adanya perasaan ditolak, pengalaman stigma, maupun dukungan dari keluarga. Observasi perilaku nonverbal seperti postur tubuh, ekspresi wajah, dan kontak mata juga penting.

2) Merumuskan Diagnosis Keperawatan

Diagnosis utama biasanya adalah **Isolasi Sosial** sesuai NANDA-I. Diagnosis lain yang mungkin muncul meliputi harga diri rendah, koping tidak efektif, atau risiko gangguan integritas ego, tergantung kondisi klien.

3) Menyusun Rencana Keperawatan

Tujuan asuhan keperawatan diarahkan agar klien mampu **membangun kembali hubungan sosial, meningkatkan partisipasi dalam aktivitas kelompok**, serta menurunkan perasaan kesepian. Rencana harus realistis dan disusun bertahap sesuai kesiapan klien.

4) Implementasi / Prosedur Tindakan

Beberapa intervensi yang dapat dilakukan perawat meliputi:

- a) Pemberian rekomendasi terlibat dalam kelompok pendukung. Kehadiran dalam kelompok sebaya atau komunitas pendukung membantu klien merasakan penerimaan dan kebersamaan.
- b) Promosi dukungan spiritual, harapan, harga diri, hubungan positif, kepercayaan diri, kesadaran diri, koping, dan sistem pendukung. Perawat memfasilitasi agar klien menemukan makna hidup, mengembangkan rasa percaya, dan memanfaatkan dukungan sosial yang ada.
- c) Edukasi komunikasi efektif. Klien dilatih mengekspresikan perasaan secara terbuka, menggunakan teknik asertif, serta belajar mendengarkan orang lain.
- d) Dukungan penampilan peran. Membantu klien memahami peran sosialnya, misalnya sebagai anggota keluarga atau masyarakat, dan mendukung keterlibatan dalam aktivitas tersebut.
- e) Modifikasi perilaku dan keterampilan sosial. Melatih keterampilan sosial seperti menyapa, memulai percakapan, atau bergabung dalam diskusi melalui simulasi atau role play.
- f) Pendampingan keluarga. Keluarga dilibatkan sebagai sistem pendukung utama, membantu memberikan motivasi dan suasana yang menerima klien.
- g) Promosi dukungan keluarga dan sosial. Memperkuat keutuhan keluarga, meningkatkan komunikasi efektif, serta membangun pola pengasuhan yang mendukung proses kesembuhan.
- h) Rujukan ke terapi keluarga. Jika permasalahan relasi dalam keluarga berkontribusi besar terhadap isolasi sosial, maka terapi keluarga diperlukan untuk memperbaiki pola komunikasi.

- i) Penerapan strategi komunikasi terapeutik. Perawat menggunakan teknik seperti mendengarkan aktif, validasi perasaan, dan empati untuk membangun hubungan saling percaya dengan klien.

5) Melakukan Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan menilai keberhasilan intervensi, misalnya klien mulai **melakukan kontak mata, berpartisipasi dalam percakapan, mengurangi perilaku menarik diri**, serta menunjukkan minat terhadap kegiatan sosial. Evaluasi juga mencakup respon emosional klien, misalnya berkurangnya perasaan kesepian dan meningkatnya rasa percaya diri.

6) Melakukan Dokumentasi

Seluruh proses keperawatan harus didokumentasikan secara sistematis, meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, respon klien, hingga evaluasi. Dokumentasi ini tidak hanya berfungsi sebagai bukti legal tetapi juga mempermudah koordinasi antar tenaga kesehatan.

2.11 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI HALUSINASI

a. Konsep Dasar Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi

1) Pengertian

Halusinasi adalah **persepsi yang dialami seseorang tanpa adanya rangsangan eksternal nyata**, sehingga individu merasakan suara, melihat bayangan, mencium bau, atau merasakan sensasi tertentu yang sebenarnya tidak ada (Stuart, 2021). Kondisi ini merupakan salah satu gejala utama pada gangguan jiwa berat seperti **skizofrenia**, namun juga dapat muncul pada gangguan afektif berat, delirium, demensia, dan penggunaan zat psikoaktif.

2) Proses Terjadinya Halusinasi

Halusinasi terjadi akibat adanya **gangguan fungsi neurotransmitter**, terutama dopamin dan serotonin, yang memengaruhi sistem limbik dan korteks serebral. Kelebihan dopamin menyebabkan otak menafsirkan stimulus internal sebagai pengalaman eksternal. Faktor psikologis seperti stres berat dan isolasi sosial juga berperan dalam memperburuk gejala. Proses ini mengakibatkan klien **gagal membedakan antara persepsi nyata dengan persepsi internal** (Sadock et al., 2022).

3) Tahapan Halusinasi

Tahapan perkembangan halusinasi menurut Stuart (2020) meliputi:

- a. Tahap 1: Klien merasa cemas, curiga, dan sulit berkonsentrasi.
- b. Tahap 2: Klien mulai mendengar suara samar atau melihat bayangan singkat.

- c. Tahap 3: Halusinasi semakin jelas dan sering, klien mulai berespons terhadap stimulus palsu.
- d. Tahap 4: Klien sepenuhnya terlibat dalam pengalaman halusinasi, kehilangan kemampuan membedakan realita.

4) Jenis Halusinasi

Jenis halusinasi dapat meliputi:

- a. Halusinasi auditorik (paling umum): mendengar suara yang tidak nyata.
- b. Halusinasi visual: melihat bayangan, orang, atau objek yang tidak ada.
- c. Halusinasi olfaktorius: mencium bau tertentu tanpa sumber nyata.
- d. Halusinasi gustatorik: merasakan rasa tertentu pada lidah tanpa adanya makanan/minuman.
- e. Halusinasi taktil: merasakan sentuhan atau gerakan pada kulit tanpa stimulus nyata.
- f. Halusinasi kinestetik: merasakan tubuh bergerak tanpa ada pergerakan nyata.

5) Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi antara lain klien tampak **berbicara sendiri, tertawa atau marah tanpa sebab, terlihat mendengarkan sesuatu, menutup telinga, berperilaku defensif, tampak cemas, sulit konsentrasi**, dan kadang menolak berinteraksi sosial. Pada kondisi berat, klien dapat mengalami agitasi, ketakutan, atau **tindakan berbahaya akibat mengikuti perintah dari halusinasinya** (Fitria & Nurhidayah, 2021).

b. Praktik Asuhan Keperawatan Halusinasi

1) Pengkajian

Pengkajian meliputi data subjektif dan objektif. Perawat menanyakan pengalaman sensori yang dialami, **frekuensi, intensitas, dan isi halusinasi**. Pengkajian juga mencakup fungsi kognitif, kemampuan orientasi realita, respon emosional, faktor pemicu, serta **risiko perilaku berbahaya** seperti bunuh diri atau melukai orang lain.

2) Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Beberapa diagnosa keperawatan yang umum pada klien dengan halusinasi, antara lain:

1. **Gangguan sensori persepsi: halusinasi** berhubungan dengan gangguan proses pikir.
2. **Risiko mencederai diri/orang lain** berhubungan dengan isi halusinasi.
3. Harga diri rendah berhubungan dengan persepsi negatif.
4. Isolasi sosial berhubungan dengan menarik diri akibat pengalaman halusinasi.

3) Menyusun Rencana Keperawatan

Tujuan utama keperawatan adalah membantu klien **mengenali halusinasi, meningkatkan kemampuan mengontrolnya, memperbaiki orientasi realita**, serta meminimalkan risiko bahaya.

4) Implementasi/Prosedur Tindakan

Implementasi yang dapat dilakukan perawat meliputi:

- a) Edukasi teknik pengontrolan halusinasi seperti menghardik halusinasi, berbicara dengan orang lain, melakukan aktivitas terstruktur, atau menggunakan teknik distraksi.
- b) Fasilitasi pengisian kuesioner self-report seperti Beck Depression Inventory atau skala fungsi sosial, untuk menilai tingkat depresi, status fungsional, dan dampak halusinasi.
- c) Orientasi realita, dengan cara mengingatkan waktu, tempat, orang di sekitar, serta membedakan halusinasi dari kenyataan.
- d) Pemantauan fungsi kognitif dan isi halusinasi, termasuk mengobservasi intensitas, frekuensi, serta isi halusinasi yang berpotensi membahayakan.
- e) Pengendalian halusinasi melalui komunikasi terapeutik, penggunaan obat sesuai anjuran, dan latihan relaksasi.
- f) Pencegahan bunuh diri dengan pengawasan ketat, eliminasi alat berbahaya, serta membangun hubungan terapeutik yang aman.
- g) Penerapan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik, seperti mendengarkan aktif, empati, validasi perasaan, serta memberikan dukungan emosional agar klien merasa diterima.

5) Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai sejauh mana klien mampu **mengenali dan mengontrol halusinasi**, mengurangi frekuensi kemunculan, meningkatkan keterlibatan dalam aktivitas sosial, serta mengurangi risiko berbahaya.

6) Dokumentasi

Seluruh proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, rencana, tindakan, hingga evaluasi harus didokumentasikan secara lengkap dan sistematis. Dokumentasi penting untuk menjaga kesinambungan pelayanan, aspek legal, serta sebagai bahan evaluasi keberhasilan terapi.

2.12 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN (PK)

A. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Perilaku kekerasan (PK) merupakan bentuk **respon maladaptif terhadap stres atau frustrasi**, yang ditandai dengan adanya ancaman maupun tindakan nyata berupa **agresi fisik maupun verbal** terhadap diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Menurut Kemenkes RI (2020), perilaku kekerasan pada klien gangguan jiwa sering muncul akibat ketidakmampuan individu dalam mengelola emosi, terutama rasa marah, sehingga memunculkan ancaman keselamatan bagi dirinya dan orang lain.

2. Proses Terjadinya

Perilaku kekerasan terjadi melalui interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Dari aspek biologis, **disregulasi neurotransmitter** seperti serotonin dan dopamin dapat meningkatkan impuls agresi. Secara psikologis, adanya **trauma masa lalu, pola asuh otoriter, serta ketidakmampuan mengelola frustrasi** menjadi pemicu. Faktor sosial seperti diskriminasi, kekerasan domestik, maupun penggunaan zat adiktif juga memperparah risiko. Proses ini biasanya didahului oleh meningkatnya ketegangan, kecemasan, dan marah yang tidak tersalurkan secara adaptif (Sadock et al., 2021).

3. Mekanisme Koping

Individu dengan perilaku kekerasan cenderung menggunakan **mekanisme koping maladaptif** seperti **proyeksi, displacement** (pelampiasan emosi ke objek lain), dan *denial*. Apabila tidak dibantu, mekanisme ini dapat berlanjut ke perilaku agresif. Namun, melalui intervensi keperawatan, individu dapat diarahkan pada **mekanisme koping adaptif** seperti latihan asertif, teknik relaksasi, serta aktivitas penyaluran energi (Videbeck, 2020).

4. Hirarki PK

Hirarki perilaku kekerasan terdiri dari beberapa tingkatan:

- a. Tahap awal (early signs): ketegangan meningkat, suara meninggi, ekspresi wajah tegang.
- b. Tahap eskalasi: agitasi, ancaman verbal, pacing (berjalan mondar-mandir).
- c. Tahap krisis: muncul perilaku agresif fisik seperti memukul, melempar, merusak.
- d. Tahap pemulihan: energi menurun, perilaku lebih tenang, namun tetap perlu pengawasan.
- e. Tahap resolusi: individu dapat diajak refleksi atas perilakunya. (Halter, 2021)

5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan meliputi:

- a. Fisik: otot tegang, wajah memerah, suara keras, gerakan agresif.
- b. Psikologis: mudah tersinggung, tidak mampu mengendalikan emosi, merasa tidak dihargai.
- c. Perilaku: mengancam, merusak barang, menyerang orang lain, atau melukai diri.

B. Praktik Asuhan Keperawatan pada Klien PK

1. Pengkajian

Perawat melakukan pengkajian menyeluruh terkait:

- a. Riwayat perilaku kekerasan sebelumnya.
- b. Faktor pencetus kemarahan.
- c. Respons klien terhadap stresor.
- d. Tingkat risiko agresi melalui observasi ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan pola komunikasi.
- e. Status mental: mood, isi pikir, persepsi. (Kemenkes RI, 2020).

2. Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada klien PK antara lain:

- a. Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri, orang lain, atau lingkungan.
- b. Gangguan koping individu.
- c. Harga diri rendah kronis.
- d. Isolasi sosial.

3. Menyusun Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan disusun dengan tujuan utama **mencegah klien melakukan kekerasan** dan membantu klien mengembangkan strategi **pengendalian emosi yang adaptif**. Tujuan jangka pendek berupa pengendalian amarah saat ini, sedangkan jangka panjang meliputi pengembangan keterampilan koping sehat.

4. Implementasi / Prosedur Tindakan

Beberapa intervensi yang dapat dilakukan perawat meliputi:

- a) Edukasi keterampilan koping dan modulasi emosi: latihan asertif, teknik relaksasi, penggunaan jurnal harian, aktivitas penyaluran energi positif.
- b) Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan untuk membantu klien mengenali faktor pencetus.
- c) Mediasi konflik bila terjadi ketegangan antarindividu/kelompok.
- d) Pemantauan potensi agresi melalui observasi tanda eskalasi amarah.
- e) Pemberian kesempatan mengekspresikan marah secara adaptif, misalnya dengan teknik distraksi.
- f) Pencegahan cedera fisik dengan menciptakan lingkungan aman, menghindari benda berbahaya.
- g) Pengenalan reaksi marah terhadap stresor sehingga klien belajar memahami emosi.
- h) Pengendalian marah melalui teknik komunikasi terapeutik dan bimbingan relaksasi.
- i) Pemantauan risiko PK secara berkala.
- j) Tindakan seklusi atau restrain bila perilaku kekerasan tidak dapat dikendalikan, dilakukan sesuai prosedur etis dan regulasi.

- k) Penerapan komunikasi terapeutik: empati, validasi perasaan, serta memberikan batasan yang jelas dan aman.

(Townsend & Morgan, 2021).

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan intervensi, misalnya:

- a. Klien mampu mengenali tanda-tanda awal marah.
- b. Klien menggunakan teknik relaksasi saat mulai marah.
- c. Tidak terjadi tindakan agresi atau kekerasan.
- d. Klien mampu mengekspresikan perasaan dengan cara yang lebih adaptif.

6. Dokumentasi

Semua proses pengkajian, diagnosa, rencana, implementasi, dan evaluasi harus didokumentasikan secara sistematis menggunakan format **SOAP** (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*). Dokumentasi penting untuk kesinambungan asuhan, evaluasi tim, serta aspek legal keperawatan.

2.13 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI

a. Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri

1) Pengertian

Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi ketika individu mengalami **keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang berhubungan dengan perawatan diri**, seperti mandi, berpakaian, makan, minum, serta eliminasi (BAK/BAB). Kondisi ini dapat timbul akibat gangguan fisik, psikologis, maupun sosial yang menghambat kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri. Menurut NANDA-I (2021–2023), defisit perawatan diri dikategorikan sebagai gangguan dalam memenuhi perawatan diri secara **parsial maupun total**, yang berdampak pada penurunan kualitas hidup serta risiko komplikasi kesehatan.

2) Proses Terjadinya

Proses terjadinya defisit perawatan diri biasanya berawal dari faktor medis maupun psikologis. **Penyakit kronis, gangguan mobilitas, depresi, gangguan jiwa, serta kecacatan fisik** merupakan penyebab utama. Secara psikologis, klien dengan **harga diri rendah, isolasi sosial, atau gangguan persepsi** dapat kehilangan motivasi untuk merawat diri. Sedangkan secara fisik, kelemahan otot, nyeri, atau disabilitas menghambat kemampuan motorik untuk melakukan aktivitas dasar sehari-hari (ADLs). Proses ini jika tidak ditangani akan menurunkan status kesehatan secara umum dan meningkatkan risiko infeksi.

3) Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala defisit perawatan diri antara lain:

- a. Tidak mampu mandi, menjaga kebersihan tubuh, atau berpakaian dengan baik.
- b. Penampilan kotor, rambut kusut, kuku panjang/tidak terawat, dan bau badan.
- c. Makan dan minum tidak teratur atau memerlukan bantuan orang lain.
- d. Inkontinensia urin/tinja tanpa upaya pembersihan.
- e. Penurunan motivasi, apatis, serta adanya perasaan tidak berdaya.
- f. Keterlibatan keluarga atau orang lain sangat tinggi dalam aktivitas sehari-hari.

(Kemenkes RI, 2021; Townsend & Morgan, 2022).

b. Praktik Asuhan Keperawatan Klien dengan Defisit Perawatan Diri

1) Pengkajian

Perawat perlu melakukan pengkajian menyeluruh meliputi:

- a. Kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) seperti mandi, makan, berpakaian, BAB/BAK.
- b. Kondisi fisik: kekuatan otot, mobilitas, status gizi, dan adanya disabilitas.
- c. Kondisi psikologis: motivasi, persepsi diri, serta adanya gejala depresi atau gangguan kognitif.
- d. Faktor lingkungan dan dukungan keluarga.

2) Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang umum muncul adalah:

- a. Defisit perawatan diri (mandi/kebersihan diri, makan, berpakaian, toileting) berhubungan dengan kelemahan fisik, gangguan motivasi, atau gangguan kognitif.
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan kebersihan diri yang buruk.
- c. Harga diri rendah berhubungan dengan ketidakmampuan melakukan aktivitas mandiri.

3) Menyusun Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan disusun untuk **meningkatkan kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara bertahap**. Tujuan umum yaitu klien dapat memenuhi kebutuhan dasar secara **mandiri atau dengan bantuan minimal**. Tujuan khusus misalnya: klien mampu mandi sendiri, makan dengan bantuan minimal, atau menjaga kebersihan mulut dan kuku.

4) Implementasi

Implementasi keperawatan pada klien dengan DPD meliputi:

- a. Dukungan pengungkapan kebutuhan perawatan diri: Membantu klien mengidentifikasi kesulitan yang dialami dalam mandi, berpakaian, makan, atau toileting.

- b. Edukasi perawatan diri: Memberikan pengetahuan tentang pentingnya kebersihan diri untuk kesehatan fisik dan mental.
- c. Perawatan kaki, kuku, mulut, dan rambut: Melakukan tindakan langsung atau melatih klien agar mampu melakukannya.
- d. Promosi kebersihan diri: Memberikan motivasi dan memfasilitasi sarana kebersihan (sabun, sikat gigi, sisir, handuk).
- e. Pelibatan keluarga: Mengajarkan keluarga cara mendampingi klien tanpa menimbulkan ketergantungan penuh.
- f. Penerapan komunikasi terapeutik: Memberikan dorongan positif, empati, dan motivasi agar klien percaya diri untuk mandiri.

5) Melakukan Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan menilai sejauh mana klien mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara **mandiri**. Indikator keberhasilan meliputi: klien mandi secara rutin, menjaga kebersihan tubuh, makan teratur, berpakaian rapi, serta menunjukkan **peningkatan harga diri**.

6) Membuat Dokumentasi

Seluruh proses keperawatan harus didokumentasikan sesuai format standar, meliputi hasil pengkajian, diagnosa, rencana, implementasi, serta evaluasi. Dokumentasi penting untuk **kontinuitas asuhan keperawatan, legalitas**, serta evaluasi mutu pelayanan.

BAB III

PANDUAN TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK SOSIALISASI (TAKS)

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK): Sosialisasi (TAKS) adalah upaya memfasilitasi kemampuan sosialisasi sejumlah klien dengan masalah hubungan sosial.

3.1 TUJUAN

Tujuan umum TAKS, yaitu klien dapat **meningkatkan hubungannya dalam kelompok secara bertahap**. Sementara, tujuan khususnya adalah:

1. Klien mampu memperkenalkan diri;
2. Klien mampu berkenalan dengan anggota kelompok;
3. Klien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok;
4. Klien mampu menyampaikan dan membicarakan topik percakapan;
5. Klien mampu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi pada orang lain;
6. Klien mampu bekerja sama dengan permainan sosialisasi kelompok;
7. Klien mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAKS yang telah dilakukan.

3.2 AKTIVITAS DAN INDIKASI

Aktivitas TAKS dilakukan **tujuh sesi** yang melatih kemampuan sosialisasi klien. Klien yang mempunyai indikasi TAKS adalah klien dengan gangguan hubungan sosial berikut.

1. Klien **menarik diri** yang telah mulai melakukan interaksi interpersonal.
2. Klien **kerusakan komunikasi verbal** yang telah berespons sesuai dengan stimulus.

SESI 1 : TAKS

Tujuan

Klien mampu **memperkenalkan diri** dengan menyebutkan: **nama lengkap, nama panggilan, asal, dan hobi**.

Setting

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam **lingkaran**.
2. Ruangan **nyaman dan tenang**.

Alat

1. *Tape recorder*
2. Kaset: “marilah kemari” (Titiek Puspa)
3. **Bola tenis**
4. Buku catatan dan pulpen
5. Jadwal kegiatan klien

Metode

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab
3. Bermain peran/ simulasi

Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Memilih klien sesuai dengan indikasi, yaitu isolasi sosial: menarik diri.
- b. Membuat kontrak dengan klien.
- c. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

2. Orientasi

Pada tahap ini terapis melakukan:

- a. Memberi salam terapeutik: Salam dari terapis.
- b. Evaluasi/ validasi: Menanyakan perasaan klien saat ini.
- c. Kontrak:
 - 1) Menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu memperkenalkan diri.
 - 2) Menjelaskan aturan main berikut.
 - Jika ada klien yang akan meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis.
 - Lama kegiatan 45 menit.
 - Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

3. Tahap Kerja

- a. Jelaskan kegiatan, yaitu kaset pada tape recorder akan dihidupkan serta bola didarkan berlawanan dengan arah jarum jam (yaitu ke arah kiri) dan pada saat tape dimatikan maka anggota kelompok yang memegang bola memperkenalkan dirinya.
- b. Hidupkan kaset pada tape recorder dan edarkan bola tenis berlawanan dengan arah jarum jam.
- c. Pada saat tape dimatikan, anggota kelompok yang memegang bola mendapat giliran untuk menyebutkan: salam, nama lengkap, nama panggilan, hobi, dan asal, dimulai oleh terapis sebagai contoh.

- d. Tulis nama panggilan pada kertas/ papan nama dan tempel/ pakai.
- e. Ulangi b, c dan d sampai semua anggota kelompok mendapat giliran.
- f. Beri pujian untuk tiap keberhasilan anggota kelompok dengan memberi tepuk tangan.

4. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi
 - 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK.
 - 2) Memberi pujian atas keberhasilan kelompok.
- b. Rencana tindak lanjut
 - 1) Menganjurkan tiap anggota kelompok melatih memperkenalkan diri kepada orang lain di kehidupan sehari-hari.
 - 2) Memasukkan kegiatan memperkenalkan diri pada jadwal kegiatan harian klien.
- c. Kontrak yang akan datang
 - 1) Menyetujui kegiatan berikut, yaitu berkenalan dengan anggota kelompok.
 - 2) Menyetujui waktu dan tempat.

Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi

Evaluasi dilakukan saat proses TAK berlangsung, khususnya pada tahap kerja untuk menilai kemampuan klien melakukan TAK. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan TAK. Untuk TAKS Sesi 1, dievaluasi kemampuan klien memperkenalkan diri secara verbal dan nonverbal dengan menggunakan formulir evaluasi berikut.

Sesi 1: TAKS - Kemampuan Memperkenalkan Diri

| NO | Aspek yang Dinilai | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien |
|----------------------------|----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| a. Kemampuan Verbal | | | | | | |
| 1. | Menyebutkan nama lengkap | | | | | |
| 2. | Menyebutkan nama panggilan | | | | | |
| 3. | Menyebutkan asal | | | | | |

| NO | Aspek yang Dinilai | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien |
|--------------------------------|-------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 4. | Menyebutkan hobi | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |
| b. Kemampuan Non-verbal | | | | | | |
| 1. | Kontak mata | | | | | |
| 2. | Duduk tegak | | | | | |
| 3. | Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai | | | | | |
| 4. | Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |

Petunjuk:

1. Di bawah judul nama klien, tulis nama panggilan klien yang ikut TAK.
2. Untuk tiap klien, semua aspek dimulai dengan memberi tanda ✓ jika ditemukan pada klien atau tanda × jika tidak ditemukan.
3. Jumlahkan kemampuan yang ditemukan, jika nilai **3 atau 4 klien mampu**, dan jika nilai **0, 1, atau 2 klien belum mampu**.

Dokumentasi

Dokumentasi kemampuan yang dimiliki klien ketika TAK pada **catatan proses keperawatan tiap klien**. Misalnya, klien mengikuti Sesi 1 TAKS, klien mampu memperkenalkan diri pada klien lain di ruang rawat (buat jadwal).

SESI 2 : TAKS

Tujuan

Klien mampu berkenalan dengan anggota kelompok:

- a. Memperkenalkan diri sendiri: nama lengkap, nama panggilan, asal, hobi;
- b. Menanyakan diri anggota kelompok lain: nama lengkap, nama panggilan, asal, hobi.

Setting

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam **lingkaran**.
2. Ruangan **nyaman dan tenang**.

Alat

1. *Tape recorder*
2. Kaset: “marilah kemari” (Titiek Puspa)
3. **Bola tenis**
4. Buku catatan dan pulpen
5. Jadwal kegiatan klien

Metode

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab
3. Bermain peran/ simulasi

Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Meningkatkan kontrak dengan anggota kelompok pada Sesi 1 TAKS.
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

2. Orientasi

Pada tahap ini terapis melakukan:

- a. Memberi salam terapeutik:
 - 1) Salam dari terapis.
 - 2) Peserta dan terapis memakai papan nama.
- b. Evaluasi/ validasi
 - 1) Menanyakan perasaan klien saat ini.
 - 2) Menanyakan apakah telah mencoba memperkenalkan diri pada orang lain.

c. Kontrak:

- 1) Menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu berkenalan dengan anggota kelompok.
- 2) Menjelaskan aturan main berikut.
 - Jika ada peserta yang akan meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis.
 - Lama kegiatan 45 menit.
 - Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

3. Tahap Kerja

- a. Hidupkan kaset pada tape recorder dan edarkan bola tenis berlawanan dengan arah jarum jam.
- b. Pada saat tape dimatikan, anggota kelompok yang memegang bola mendapat giliran untuk berkenalan dengan anggota kelompok yang ada di sebelah kanan dengan cara:
 - 1) Memberi Salam;
 - 2) Menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, asal, dan hobi;
 - 3) Menanyakan nama lengkap, nama panggilan, asal, dan hobi lawan bicara;
 - 4) Dimulai oleh terapis sebagai contoh.
- c. Ulangi a dan b sampai semua anggota kelompok mendapat giliran.
- d. Hidupkan kaset pada tape recorder dan edarkan bola. Pada saat tape dimatikan, minta pada anggota kelompok yang memegang bola untuk memperkenalkan anggota kelompok yang sebelah kanannya kepada kelompok, yaitu: nama lengkap, nama panggilan, asal, dan hobi. Dimulai oleh terapis sebagai contoh.
- e. Ulangi d sampai semua anggota mendapat giliran.
- f. Beri pujian untuk tiap keberhasilan anggota kelompok dengan memberi tepuk tangan.

4. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi
 - 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK.
 - 2) Memberi pujian atas keberhasilan kelompok.
- b. Rencana tindak lanjut
 - 1) Menganjurkan tiap anggota kelompok latihan berkenalan (mengulang Sesi 2).
 - 2) Memasukkan kegiatan berkenalan pada jadwal kegiatan harian klien.
- c. Kontrak yang akan datang
 - 1) Menyepakati kegiatan berikut, yaitu dengan bercakap-cakap tentang kehidupan pribadi.
 - 2) Menyepakati waktu dan tempat.

Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi

Evaluasi dilakukan ketika proses TAK berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan TAK. Untuk TAKS Sesi 2, dievaluasi kemampuan klien dalam berkenalan **secara verbal dan nonverbal** dengan menggunakan formulir evaluasi berikut.

Sesi 2: TAKS Kemampuan Memperkenalkan Diri

| NO | Aspek yang Dinilai | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien |
|--------------------------------|----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| a. Kemampuan Verbal | | | | | | |
| 1. | Menyebutkan nama lengkap | | | | | |
| 2. | Menyebutkan nama panggilan | | | | | |
| 3. | Menyebutkan asal | | | | | |
| 4. | Menyebutkan hobi | | | | | |
| 5. | Menanyakan nama lengkap | | | | | |
| 6. | Menanyakan nama panggilan | | | | | |
| 7. | Menanyakan asal | | | | | |
| 8. | Menanyakan hobi | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |
| b. Kemampuan Non-verbal | | | | | | |
| 1. | Kontak mata | | | | | |

| NO | Aspek yang Dinilai | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien |
|---------------|-------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 2. | Duduk tegak | | | | | |
| 3. | Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai | | | | | |
| 4. | Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |

Petunjuk:

1. Di bawah judul nama klien, tulis nama panggilan klien yang ikut TAKS.
2. Untuk tiap klien, semua aspek dinilai dengan memberi tanda ✓ jika ditemukan pada klien atau tanda × jika tidak ditemukan.
3. Jumlahkan kemampuan yang ditemukan.
 - Kemampuan verbal, disebut mampu jika mendapat nilai ≥ 6 ; disebut belum mampu jika mendapat nilai ≤ 5 .
 - Kemampuan nonverbal disebut mampu jika mendapat nilai 3 atau 4; disebut belum mampu jika mendapat nilai ≤ 2 .

Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang klien miliki ketika TAK pada **catatan proses keperawatan tiap klien**. Misalnya, jika nilai klien 7 untuk verbal dan 3 untuk nonverbal, catatan keperawatan adalah: **Klien mengikuti TAKS Sesi 2, klien mampu berkenalan secara verbal dan nonverbal, anjurkan klien berkenalan dengan klien lain, buat jadwal.**

SESI 3 : TAKS

Tujuan

Klien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok:

- a. Menanyakan kehidupan pribadi kepada satu orang anggota kelompok.
- b. Menjawab pertanyaan tentang kehidupan pribadi.

Setting

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam **lingkaran**.
2. Ruangan **nyaman dan tenang**.

Alat

1. *Tape recorder*
2. Kaset: “marilah kemari” (Titiek Puspa)
3. **Bola tenis**
4. Buku catatan dan pulpen
5. Jadwal kegiatan klien

Metode

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab
3. Bermain peran/ simulasi

Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Meningkatkan kontrak dengan anggota kelompok pada Sesi 2 TAKS.
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

2. Orientasi

- a. Salam terapeutik

Pada tahap ini terapis melakukan:

- a. Salam terapeutik
 - 1) Memberi salam terapeutik.
 - 2) Peserta dan terapis memakai papan nama.
- b. Evaluasi/ validasi
 - 1) Menanyakan perasaan klien saat ini.
 - 2) Menanyakan apakah telah mencoba berkenalan dengan orang lain.
- c. Kontrak
 - 1) Menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu bertanya dan menjawab tentang kehidupan pribadi.
 - 2) Menjelaskan aturan main berikut.
 - Jika ada peserta yang akan meninggalkan kelompok, harus meminta izin kepada terapis.
 - Lama kegiatan 45 menit.

- Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

3. Tahap Kerja

- Hidupkan kaset pada tape recorder dan edarkan bola tenis berlawanan dengan arah jarum jam.
- Pada saat tape dimatikan, anggota kelompok yang memegang bola mendapat giliran untuk bertanya tentang kehidupan pribadi anggota kelompok yang ada di sebelah kanan dengan cara:
 - 1) Memberi Salam;
 - 2) Memanggil nama panggilan;
 - 3) Menanyakan kehidupan pribadi: orang terdekat/ dipercayai/ disegani, pekerjaan;
 - 4) Dimulai oleh terapis sebagai contoh.
- Ulangi a dan b sampai semua anggota kelompok mendapat giliran.
- Beri pujian untuk tiap keberhasilan anggota kelompok dengan memberi tepuk tangan.

4. Tahap Terminasi

- Evaluasi
 - 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK.
 - 2) Memberi pujian atas keberhasilan kelompok.
- Rencana tindak lanjut
 - 1) Menganjurkan tiap anggota kelompok bercakap-cakap tentang kehidupan pribadi dengan orang lain pada kehidupan sehari-hari.
 - 2) Memasukkan kegiatan bercakap-cakap pada jadwal kegiatan harian klien.
- Kontrak yang akan datang
 - 1) Menyepakati kegiatan berikut, yaitu menyampaikan dan membicarakan topik pembicaraan tertentu.
 - 2) Menyepakati waktu dan tempat.

Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi

Evaluasi dilakukan ketika proses TAK berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan TAK. Untuk TAKS Sesi 3, dievaluasi **kemampuan verbal dalam bertanya dan menjawab** pada saat bercakap-cakap serta **kemampuan nonverbal** dengan menggunakan formulir evaluasi berikut.

Sesi 3: TAKS Kemampuan Bercakap-cakap

| NO | Aspek yang Dinilai | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| a. Kemampuan Verbal: Bertanya | | | | | | |
| 1. | Mengajukan pertanyaan yang jelas | | | | | |
| 2. | Mengajukan pertanyaan yang ringkas | | | | | |
| 3. | Mengajukan pertanyaan yang relevan | | | | | |
| 4. | Mengajukan pertanyaan secara spontan | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |
| b. Kemampuan Verbal: Menjawab | | | | | | |
| 1. | Menjawab dengan jelas | | | | | |
| 2. | Menjawab dengan ringkas | | | | | |
| 3. | Menjawab dengan relevan | | | | | |
| 4. | Menjawab dengan spontan | | | | | |

| NO | Aspek yang Dinilai | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien |
|--------------------------------|-------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Jumlah | | | | | | |
| c. Kemampuan Non-Verbal | | | | | | |
| 1. | Kontak mata | | | | | |
| 2. | Duduk tegak | | | | | |
| 3. | Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai | | | | | |
| 4. | Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |

Petunjuk:

1. Di bawah judul nama klien, tulis nama panggilan klien.
2. Untuk tiap klien, semua aspek dinilai dengan memberi tanda ✓ jika ditemukan pada klien dan tanda × jika tidak ditemukan.
3. Jumlahkan kemampuan yang ditemukan. Jika mendapat nilai **3 atau 4**, klien mampu; jika nilai ≤ 2 klien dianggap belum mampu.

Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat TAKS pada **catatan proses keperawatan tiap klien**. Misalnya, nilai kemampuan verbal bertanya 2, kemampuan verbal menjawab 2, dan kemampuan nonverbal 2, maka catatan keperawatan adalah: **Klien mengikuti TAKS sesi 3, klien belum mampu bercakap-cakap secara verbal dan nonverbal. Dianjurkan latihan diulang di ruangan (buat jadwal).**

SESI 4 : TAKS

Tujuan

Klien mampu menyampaikan topik pembicaraan tertentu dengan anggota kelompok:

- a. Menyampaikan topik yang ingin dibicarakan.
- b. Memilih topik yang ingin dibicarakan.
- c. Memberi pendapat tentang topik yang dipilih.

Setting

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam **lingkaran**.
2. Ruangan **nyaman dan tenang**.

Alat

1. *Tape recorder*
2. Kaset: “marilah kemari” (Titiek Puspa)
3. **Bola tenis**
4. Buku catatan dan pulpen
5. Jadwal kegiatan klien
6. **Flipchart/ whiteboard dan spidol**

Metode

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab
3. Bermain peran/ simulasi

Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Mengingatkan kontrak dengan anggota kelompok pada sesi 3 TAKS.
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

2. Orientasi

- a. Salam terapeutik

Pada tahap ini terapis melakukan:

- 1) Memberi salam terapeutik.
- 2) Peserta dan terapis memakai papan nama.

- b. Evaluasi/ validasi

- 1) Menanyakan perasaan klien saat ini.
- 2) Menanyakan apakah telah latihan bercakap-cakap dengan orang lain.

c. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu menyampaikan, memilih, dan memberi pendapat tentang topik percakapan.
- 2) Menjelaskan aturan main berikut.
 - Jika ada klien yang akan meninggalkan kelompok, harus meminta izin kepada terapis.
 - Lama kegiatan 45 menit.
 - Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

3. Tahap Kerja

- a. Hidupkan kaset pada tape recorder dan edarkan bola tenis berlawanan dengan arah jarum jam.
- b. Pada saat tape dimatikan, anggota kelompok yang memegang bola mendapat giliran untuk menyampaikan satu topik yang ingin dibicarakan. Dimulai oleh terapis sebagai contoh. Misalnya, “cara bicara yang baik” atau “cara mencari teman”.
- c. Tuliskan pada Flipchart/ whiteboard topik yang disampaikan secara berurutan.
- d. Ulangi a, b, dan c sampai semua anggota kelompok menyampaikan topik yang ingin dibicarakan.
- e. Hidupkan lagi dan edarkan bola tenis. Pada saat dimatikan, anggota yang memegang bola memilih topik yang disukai untuk dibicarakan dari daftar yang ada.
- f. Ulangi e sampai semua anggota kelompok memilih topik.
- g. Terapis membantu menetapkan topik yang paling banyak dipilih.
- h. Hidupkan lagi kaset dan edarkan bola tenis. Pada saat dimatikan, anggota yang memegang bola menyampaikan pendapat tentang topik yang dipilih.
- i. Ulangi h sampai semua anggota kelompok menyampaikan pendapat.
- j. Beri pujian untuk tiap keberhasilan tiap anggota kelompok dengan memberi tepuk tangan.

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK.
- 2) Memberi pujian atas keberhasilan kelompok.

b. Rencana tindak lanjut

- 1) Menganjurkan tiap anggota kelompok bercakap-cakap tentang topik tertentu dengan orang lain pada kehidupan sehari-hari.
- 2) Memasukkan kegiatan bercakap-cakap pada jadwal kegiatan harian klien.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati kegiatan berikut, yaitu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi.
- 2) Menyepakati waktu dan tempat.

Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi

Evaluasi dilakukan ketika proses TAK berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan TAK. Untuk TAKS Sesi 4, dievaluasi kemampuan verbal **menyampaikan, memilih, dan memberi pendapat** tentang topik percakapan serta kemampuan nonverbal dengan menggunakan formulir evaluasi berikut.

Sesi 4: TAKS Kemampuan Bercakap-cakap Topik Tertentu

| NO | Aspek yang Dinilai | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| a. Kemampuan Verbal: Menyampaikan topik | | | | | | |
| 1. | Menyampaikan topik dengan jelas | | | | | |
| 2. | Menyampaikan topik secara ringkas | | | | | |
| 3. | Menyampaikan topik yang relevan | | | | | |
| 4. | Menyampaikan topik secara spontan | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |
| b. Kemampuan Verbal: Memilih topik | | | | | | |
| 1. | Memilih topik dengan jelas | | | | | |

| NO | Aspek yang Dinilai | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien |
|---------------|------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 2. | Memilih topik secara ringkas | | | | | |
| 3. | Memilih topik yang relevan | | | | | |
| 4. | Memilih topik secara spontan | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |

c. Kemampuan Verbal: Memberi pendapat

| | | | | | | |
|---------------|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1. | Memberi pendapat dengan jelas | | | | | |
| 2. | Memberi pendapat secara ringkas | | | | | |
| 3. | Memberi pendapat yang relevan | | | | | |
| 4. | Memberi pendapat secara spontan | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |

d. Kemampuan Non-Verbal

| | | | | | | |
|----|-------------|--|--|--|--|--|
| 1. | Kontak mata | | | | | |
| 2. | Duduk tegak | | | | | |

| NO | Aspek yang Dinilai | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien |
|---------------|-------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 3. | Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai | | | | | |
| 4. | Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |

Petunjuk:

1. Di bawah judul nama klien, tulis nama panggilan klien yang ikut TAKS.
2. Untuk tiap klien, semua aspek dinilai dengan memberi tanda ✓ jika ditemukan pada klien dan tanda × jika tidak ditemukan.
3. Jumlahkan kemampuan yang ditemukan. Jika mendapat nilai **3 atau 4**, klien mampu; jika nilai ≤ 2 klien dianggap belum mampu.

Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien ketika TAKS. Misalnya, kemampuan verbal menyampaikan dan memilih topik percakapan 3, kemampuan memberi pendapat 2, dan kemampuan non verbal 2. Oleh karena itu, catatan keperawatan adalah: **klien mengikuti TAKS sesi 4, klien mampu menyampaikan dan memilih topik percakapan, tetapi belum mampu memberi pendapat. Secara non verbal juga belum mampu. Dianjurkan untuk melatih klien bercakap-cakap dengan topik tertentu di ruang rawat (buat jadwal).**

SESI 5 : TAKS

Tujuan

Klien mampu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi dengan orang lain:

- a. Menyampaikan masalah pribadi.
- b. Memilih satu masalah untuk dibicarakan.
- c. Memberi pendapat tentang masalah pribadi yang dipilih.

Setting

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam **lingkaran**.
2. Ruangan **nyaman dan tenang**.

Alat

1. *Tape recorder*
2. Kaset: “marilah kemari” (Titiek Puspa)
3. **Bola tenis**
4. Buku catatan dan pulpen
5. Jadwal kegiatan klien
6. **Flipchart/ whiteboard dan spidol**

Metode

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab
3. Bermain peran/ simulasi

Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Mengingatkan kontrak dengan anggota kelompok pada sesi 4 TAKS.
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

2. Orientasi

Pada tahap ini terapis melakukan:

a. Memberi salam terapeutik.

- 1) Salam dari terapis.
- 2) Klien dan terapis memakai papan nama.

b. Evaluasi/ validasi

- 1) Menanyakan perasaan klien saat ini.
- 2) Menanyakan apakah telah latihan bercakap-cakap tentang topik/ hal tertentu dengan orang lain.

c. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu menyampaikan, memilih, dan memberi pendapat tentang masalah pribadi.
- 2) Menjelaskan aturan main berikut.
 - Jika ada klien yang akan meninggalkan kelompok, harus meminta izin kepada terapis.
 - Lama kegiatan 45 menit.

- Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

3. Tahap Kerja

- Hidupkan kaset pada tape recorder dan edarkan bola tenis berlawanan dengan arah jarum jam.
- Pada saat tape dimatikan, anggota kelompok yang memegang bola mendapat giliran untuk menyampaikan satu masalah pribadi yang ingin dibicarakan. Dimulai oleh terapis sebagai contoh. Misalnya, “sulit bercerita” atau “tidak diperhatikan ayah/ibu/kaka/teman”.
- Tuliskan pada Flipchart/ whiteboard masalah yang disampaikan.
- Ulangi a, b, dan c sampai semua anggota kelompok menyampaikan masalah yang ingin dibicarakan.
- Hidupkan lagi kaset dan edarkan bola tenis. Pada saat dimatikan, anggota yang memegang bola memilih masalah yang ingin dibicarakan.
- Ulangi e sampai semua anggota kelompok memilih masalah yang ingin dibicarakan.
- Terapis membantu menetapkan topik yang paling banyak dipilih.
- Hidupkan lagi kaset dan edarkan bola tenis. Pada saat dimatikan, anggota yang memegang bola menyampaikan pendapat tentang masalah yang dipilih.
- Ulangi h sampai semua anggota kelompok menyampaikan pendapat.
- Beri pujian untuk tiap keberhasilan tiap anggota kelompok dengan memberi tepuk tangan.

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK.
- 2) Memberi pujian atas keberhasilan kelompok.

b. Rencana tindak lanjut

- 1) Menganjurkan tiap anggota kelompok bercakap-cakap tentang masalah pribadi dengan orang lain pada kehidupan sehari-hari.
- 2) Memasukkan kegiatan bercakap-cakap tentang masalah pribadi pada jadwal kegiatan harian klien.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati kegiatan berikut, yaitu bekerja sama dalam kelompok.
- 2) Menyepakati waktu dan tempat.

Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi

Evaluasi dilakukan ketika proses TAK berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan verbal klien **menyampaikan, memilih, dan memberi pendapat** tentang percakapan mengenai masalah pribadi, serta **kemampuan nonverbal**.

Sesi 5: TAKS Kemampuan Bercakap-cakap Masalah Pribadi

| NO | Aspek yang Dinilai | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| a. Kemampuan Verbal: Menyampaikan topik | | | | | | |
| 1. | Menyampaikan topik dengan jelas | | | | | |
| 2. | Menyampaikan topik secara ringkas | | | | | |
| 3. | Menyampaikan topik yang relevan | | | | | |
| 4. | Menyampaikan topik secara spontan | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |
| b. Kemampuan Verbal: Memilih topik | | | | | | |
| 1. | Memilih topik dengan jelas | | | | | |
| 2. | Memilih topik secara ringkas | | | | | |
| 3. | Memilih topik yang relevan | | | | | |
| 4. | Memilih topik secara spontan | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |

| NO | Aspek yang Dinilai | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien |
|----|--------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|----|--------------------|------------|------------|------------|------------|------------|

c. Kemampuan Verbal: Memberi pendapat tentang masalah

| | | | | | | |
|---------------|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1. | Memberi pendapat dengan jelas | | | | | |
| 2. | Memberi pendapat secara ringkas | | | | | |
| 3. | Memberi pendapat yang relevan | | | | | |
| 4. | Memberi pendapat secara spontan | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |

d. Kemampuan Nonverbal

| | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1. | Kontak mata | | | | | |
| 2. | Duduk Tegak | | | | | |
| 3. | Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai | | | | | |
| 4. | Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |

Petunjuk:

1. Di bawah judul nama klien, tulis nama panggilan klien yang ikut TAKS.

2. Untuk tiap klien, semua aspek dinilai dengan memberi tanda ✓ jika ditemukan pada klien dan tanda × jika tidak ditemukan.
3. Jumlahkan kemampuan yang ditemukan. Jika mendapat nilai **3 atau 4**, klien mampu; jika nilai ≤ 2 klien dianggap belum mampu.

Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat TAKS pada **catatan proses keperawatan tiap klien**. Misalnya, kemampuan menyampaikan topik masalah pribadi yang akan dipercakapkan 3, memilih dan memberi pendapat 2, kemampuan nonverbal 4. Untuk itu, catatan keperawatannya adalah: **klien mengikuti TAKS Sesi 5, klien mampu menyampaikan masalah pribadi yang ingin dibicarakan, belum mampu memilih dan memberi pendapat, tetapi nonverbalnya baik. Anjurkan/latih untuk bercakap-cakap tentang masalah pribadi dengan perawat dan klien lain di ruang rawat (buat jadwal).**

SESI 6 : TAKS

Tujuan

Klien mampu bekerja sama dalam permainan sosialisasi kelompok:

- a. Bertanya dan meminta sesuai dengan kebutuhan pada orang lain.
- b. Menjawab dan memberi pada orang lain sesuai dengan permintaan.

Setting

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam **lingkaran**.
2. Ruangan **nyaman dan tenang**.

Alat

1. *Tape recorder*
2. Kaset: “marilah kemari” (Titiek Puspa)
3. **Bola tenis**
4. Buku catatan dan pulpen
5. Jadwal kegiatan klien
6. **Kartu kwartet**

Metode

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab
3. Bermain peran/ simulasi

Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Mengingatkan kontrak dengan anggota kelompok pada sesi 5 TAKS.
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

2. Orientasi

a. Salam terapeutik.

- 1) Salam dari terapis.
- 2) Klien dan terapis memakai papan nama.

b. Evaluasi/ validasi

- 1) Menanyakan perasaan klien saat ini.
- 2) Menanyakan apakah telah latihan bercakap-cakap tentang masalah pribadi dengan orang lain.

c. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu dengan bertanya dan meminta kartu yang diperlukan serta menjawab dan memberi kartu pada anggota kelompok.
- 2) Menjelaskan aturan main berikut.
 - Jika ada klien yang akan meninggalkan kelompok, harus meminta izin kepada terapis.
 - Lama kegiatan 45 menit.
 - Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

3. Tahap Kerja

- a. Terapis membagi empat buah kartu kwartet untuk setiap anggota kelompok. Sisanya diletakkan di atas meja.
- b. Terapis meminta tiap anggota kelompok menyusun kartu sesuai dengan seri (satu seri mempunyai 4 kartu).
- c. Hidupkan kaset pada tape recorder dan edarkan bola tenis berlawanan jarum jam.
- d. Pada saat tape dimatikan, anggota kelompok yang memegang bola mulai permainan berikut.
 - 1) Meminta kartu yang dibutuhkan (seri yang belum lengkap) kepada anggota kelompok disebelah kanannya.
 - 2) Jika kartu yang dipegang serinya lengkap, diumumkan pada kelompok dengan membaca judul dan subjudul.
 - 3) Jika kartu yang dipegang serinya tidak lengkap diperkenankan mengambil satu kartu dari tumpukan kartu di atas meja.
 - 4) Jika anggota kelompok memberikan kartu yang dipegang pada yang meminta, ia berhak memingambil satu kartu dari tumpukan kartu di atas meja.

- 5) Setiap menerima kartu, diminta mengucapkan terima kasih.
- e. Ulangi c dan d, jika d.2 atau d.3 terjadi.
- f. Beri pujian untuk tiap keberhasilan tiap anggota kelompok dengan memberi tepuk tangan.

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK.
- 2) Memberi pujian atas keberhasilan kelompok.

b. Rencana tindak lanjut

- 1) Menganjurkan tiap anggota kelompok latihan bertanya, meminta, menjawab, dan memberi pada kehidupan sehari-hari (kerja sama).
- 2) Memasukkan kegiatan bekerja sama pada jadwal kegiatan harian klien.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati kegiatan berikut, yaitu mengevaluasi kegiatan TAKS.
- 2) Menyepakati waktu dan tempat.

Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan menggunakan formulir di bawah ini pada saat proses TAK berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan TAK. Untuk TAKS Sesi 6, dievaluasi kemampuan verbal klien dalam **bertanya, meminta, menjawab, dan memberi** serta **kemampuan nonverbal**.

Sesi 6: TAKS Kemampuan Bekerja Sama

| NO | Aspek yang Dinilai | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| a. Kemampuan Verbal: Bertanya dan meminta | | | | | | |
| 1. | Bertanya dan meminta dengan jelas | | | | | |

| NO | Aspek yang Dinilai | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien |
|---------------|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 2. | Bertanya dan meminta ringkas dengan | | | | | |
| 3. | Bertanya dan meminta secara relevan | | | | | |
| 4. | Bertanya dan meminta secara spontan | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |

b. Kemampuan Verbal: Menjawab dan memberi

| | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1. | Menjawab dan memberi dengan jelas | | | | | |
| 2. | Menjawab dan memberi dengan ringkas | | | | | |
| 3. | Menjawab dan memberi secara relevan | | | | | |
| 4. | Menjawab dan memberi secara spontan | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |

| NO | Aspek yang Dinilai | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien |
|--------------------------------|-------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| c. Kemampuan Non-verbal | | | | | | |
| 1. | Kontak mata | | | | | |
| 2. | Duduk Tegak | | | | | |
| 3. | Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai | | | | | |
| 4. | Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |

Petunjuk:

1. Di bawah judul nama klien, tulis nama panggilan klien yang ikut TAKS.
2. Untuk tiap klien, semua aspek dinilai dengan memberi tanda ✓ jika ditemukan pada klien dan tanda × jika tidak ditemukan.
3. Jumlahkan kemampuan yang ditemukan. Jika mendapat nilai **3 atau 4**, klien mampu; jika nilai ≤ 2 klien dianggap belum mampu.

Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat TAK berlangsung, pada **catatan proses keperawatan tiap klien**. Misalnya, kemampuan verbal bertanya, meminta, menjawab, dan memberi 4, serta kemampuan nonverbal 4, maka catatan keperawatan adalah **klien mengikuti TAKS Sesi 6, klien mampu secara verbal dan nonverbal dalam bertanya, meminta, menjawab, dan memberi. Anjurkan klien melakukannya di ruang rawat (buat jadwal)**.

SESI 7 : TAKS

Tujuan

Klien mampu **menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan kelompok yang telah dilakukan.**

Setting

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam **lingkaran.**
2. Ruangan **nyaman dan tenang.**

Alat

1. *Tape recorder*
2. Kaset: “marilah kemari” (Titiek Puspa)
3. **Bola tenis**
4. Buku catatan dan pulpen
5. Jadwal kegiatan klien

Metode

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab

Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Mengingat kontrak dengan anggota kelompok pada sesi 6 TAKS.
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

2. Orientasi

a. Salam terapeutik.

- 1) Salam dari terapis.
- 2) Klien dan terapis memakai papan nama.

b. Evaluasi/ validasi

- 1) Menanyakan perasaan klien saat ini.
- 2) Menanyakan apakah telah latihan bekerja sama dengan orang lain.

c. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu menyampaikan manfaat enam kali pertemuan TAKS.
- 2) Menjelaskan aturan main berikut.

- Jika ada klien yang akan meninggalkan kelompok, harus meminta izin kepada terapis.
- Lama kegiatan 45 menit.
- Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

3. Tahap Kerja

- Hidupkan kaset pada tape recorder dan edarkan bola tenis berlawanan jarum jam.
- Pada saat tape dimatikan, anggota kelompok yang memegang bola mendapat kesempatan menyampaikan pendapat tentang manfaat dari enam kali pertemaun yang telah berlalu.
- Ulangi a dan b, sampai semua anggota kelompok menyampaikan pendapat.
- Beri pujian untuk tiap keberhasilan tiap anggota kelompok dengan memberi tepuk tangan.

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK.
- 2) Memberi pujian atas keberhasilan kelompok.
- 3) Menyimpulkan 6 kemampuan pada 6 kali pertemuan yang lalu.

b. Rencana tindak lanjut

- 1) Menganjurkan tiap anggota kelompok tetap melatih diri untuk enam kemampuan yang telah dimiliki, baik di RS maupun di rumah.
- 2) Melakukan pendidikan kesehatan kepada keluarga untuk memberi dukungan pada klien dalam menjalankan kegiatan hidup sehari-hari.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyetujui rencana evaluasi kemampuan secara periodik.

Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan menggunakan formulir di bawah ini saat proses TAK berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan TAK. Untuk TAKS Sesi 7, dievaluasi kemampuan klien **menyampaikan manfaat TAKS yang telah berlangsung 6 sesi secara verbal** dan disertai **kemampuan nonverbal**.

Sesi 7: TAKS Evaluasi Kemampuan Sosialisasi

| NO | Aspek yang Dinilai | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien | Nama Klien |
|----|--------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|----|--------------------|------------|------------|------------|------------|------------|

a. Kemampuan Verbal: Menyebut manfaat enam kali TAKS

| | | | | | | |
|---------------|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1. | Menyebut manfaat secara jelas | | | | | |
| 2. | Menyebut manfaat secara ringkas | | | | | |
| 3. | Menyebut manfaat yang relevan | | | | | |
| 4. | Menyebut manfaat secara spontan | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |

b. Kemampuan Non-verbal

| | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1. | Kontak mata | | | | | |
| 2. | Duduk Tegak | | | | | |
| 3. | Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai | | | | | |
| 4. | Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir | | | | | |
| Jumlah | | | | | | |

Petunjuk:

1. Di bawah judul nama klien, tulis nama panggilan klien yang ikut TAKS.

2. Untuk tiap klien, semua aspek dinilai dengan memberi tanda ✓ jika ditemukan pada klien dan tanda × jika tidak ditemukan.
3. Jumlahkan kemampuan yang ditemukan. Jika mendapat nilai **3 atau 4**, klien mampu; jika nilai ≤ 2 klien dianggap belum mampu.

Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien ketika akhir TAK pada **catatan proses keperawatan setiap klien**. Disimpulkan kemampuan yang telah dapat diterapkan oleh klien sehari-hari. Untuk klien yang telah mampu, maka **dianjurkan dan dievaluasi pada kegiatan sehari-hari (melalui jadwal kegiatan harian)**. Jika klien belum mampu, **klien dapat disertakan pada kelompok TAKS yang baru**.

BAB IV

PEDOMAN FIKSASI (PENGEKANGAN)

4.1 PENGEKANGAN FISIK / RESTRAIN

Pengekangan fisik / *restrain* adalah penggunaan pengekangan mekanik untuk melindungi atau menghindari menciderai diri, orang lain dan lingkungan.

4.2 JENIS RESTRAIN

1. **Comisales** (Jaket pengekang)
2. **Manset / Tali pergelangan tangan / kaki**
3. **Sprei basah**

4.3 INDIKASI PENGEKANGAN / RESTRAIN :

1. **Perilaku amuk** yang membahayakan diri sendiri dan atau orang lain.
2. Perilaku **Agitasi** yang tidak dapat dikendalikan dengan pengobatan.
3. Ancaman terhadap integritas fisik yang berhubungan dengan **penolakan Px. untuk beristirahat, makan dan minum.**
4. **Permintaan Px.** untuk pengendalian perilaku eksternal, pastikan bahwa tindakan ini telah dikaji dan berindikasi terapeutik.

4.4 PROSEDUR RESTRAIN :

Lebih baik **lima atau minimal empat orang** untuk melakukan *restrain*. Pengikat dari kulit adalah jenis pengikat yang paling aman & menjamin.

1. **Jelaskan prosedur, maksud & jangka waktu dilakukan *restrain*** (Keluarga / Klien)
2. Bicarakan secara meyakinkan kepada Klien untuk **menghentikan perilakunya.**
3. **Tawarkan untuk menggunakan medikasi** daripada dilakukan *restrain* (jangan tawar menawar dengan Klien)
4. **Jangan biarkan Klien berpikir tentang keraguan kita** untuk melakukan *restrain*.
5. **Lakukan kontrak dengan Klien**, jika tidak memungkinkan lakukan kontrak sepihak.

6. Seorang anggota staf harus selalu terlihat dan **menenteramkan Klien** yang dimanset / *restrain* (Penenteraman membantu menghilangkan rasa takut, ketidakberdayaan, dan hilangnya kendali Klien).
7. Klien harus dimanset dengan **kedua tungkai terpisah & satu tangan dimanset satu sisi & lengan lain dimanset di atas kepala.**
8. Manset / alat anker harus dilakukan sedemikian rupa sehingga **cairan intravena dapat diberikan jika diperlukan.**
9. **Posisi kepala Klien agak ditinggikan** untuk menurunkan perasaan Klien & mencegah kemungkinan aspirasi.
10. Manset/*restrain* **diperiksa tiap 60 menit** demi keamanan & kenyamanan.
11. **Merubah posisi tiap 60 menit.**
12. **Monitoring TTV tiap 60 menit.**
13. **Kolaborasi dengan medis** untuk medikasi antipsikotik potensi tinggi dengan interval 30 – 60 menit. (Ex: Haloperidol 5-10 mg, peroral/Injeksi IM)
14. **Observasi gejala EPS** (Efek samping Ekstra Piramidal) dalam 24 jam pertama. Pada umumnya berespon sebelum diberikan total dosis 50 mg. Bila EPS terapi: Trihexyphenidil 2 mg Diphenhydramine 50 mg (IM/IV)
15. Setelah Klien dapat dikendalikan, **satu manset sekali waktu harus dilepas dengan interval 5 menit, bergantian kiri dan kanan.**

4.5 PROSEDUR RESTRAIN SPREI BASAH

1. **Jelaskan prosedur, maksud & jangka waktu** dilakukan *restrain*.
2. Baringkan Kx. dengan pakaian RS di atas tempat tidur yang tahan air.
3. **Balutkan Sprei pada tubuh Kx.** dengan alat anker, pastikan bahwa permukaan kulit **tidak saling bersentuhan.**
4. **Tutupi sprei basah dengan selapis selimut.**
5. Observasi / evaluasi secara rutin kondisi Klien.
6. **Pantau Suhu, nadi dan pernafasan** jika tampak sesuatu bermakna, buka pengekangan Klien.
7. Perhatikan **hidrasi / berikan cairan sesering mungkin.**
8. **Pertahankan suasana lingkungan yang tenang.**
9. **Kontak verbal dengan suara yang menenangkan.**
10. Lepaskan balutan setelah **lebih dari 2 jam.**

11. Lakukan **perawatan kulit** sebelum membantu Kx. Berpakaian.
12. **Dokumentasi** alasan dan respon Klien selama pengekangan.

4.6 ISOLASI / SECLUSION

Isolasi adalah menempatkan Klien dalam suatu ruang dimana Klien **tidak dapat keluar dari ruangan tsb sesuai kehendaknya**. Tingkatan pengisolasian dapat berkisar dari penempatan dalam ruang yang tertutup tapi tidak terkunci sampai penempatan dalam ruangan terkunci dengan kasur tanpa seprei di lantai, kesempatan komunikasi yang dibatasi.

4.7 INDIKASI :

1. **Pengendalian perilaku amuk** yang potensial membahayakan Klien/ orang lain & tidak dapat dikendalikan oleh orang lain dengan intervensi Interpersonal / medikasi.
2. **Reduksi stimulus lingkungan** terutama jika diminta oleh Kx.

4.8 KONTRA INDIKASI :

1. Kebutuhan untuk **pengamatan masalah fisik**.
2. **Resiko tinggi untuk bunuh diri**.
3. Potensial **tidak dapat mentoleransi deprivasi sensori**.
4. **Hukuman**.

4.9 PROSEDUR ISOLASI (SECLUSION)

1. Tunjuk seorang pimpinan, anggota **3-4 orang**.
2. Siapkan lingkungan ruangan yang digunakan untuk isolasi.
3. **Jelaskan prosedur, maksud dan jangka waktu** dilakukannya isolasi.
4. Lakukan **kontrak dengan Klien**, jika tidak memungkinkan lakukan kontrak sepihak.
5. **Pegang Klien tanpa menyakiti**.
6. Kendalikan perilaku agresif Klien.
7. Pindahkan Klien ke ruang Isolasi.
8. **Ganti pakaian Klien** dengan pakaian yang aman & nyaman.
9. **Pindahkan benda-benda yang membahayakan** dari ruangan.

10. Kunci / gembok sebaiknya yang menggunakan **magnet / tanpa lubang kunci / lubang kunci tertutup**.
11. Bantu Klien memenuhi kebutuhan **nutrisi, cairan dan personal hygiene**.
12. Sediakan makanan dan minuman **tidak dalam tempat yang mudah pecah**.
13. Berikan pengobatan sesuai advis dokter.
14. **Tetap lakukan kontak verbal dengan Klien**.
15. Monitor kebersihan dan keamanan ruang isolasi.
16. **Evaluasi secara rutin**, apakah Klien masih butuh tindakan isolasi.
17. **Dokumentasikan** alasan isolasi, respon Klien terhadap tindakan isolasi, kondisi fisik Klien, tindakan keperawatan yang dilakukan dan alasan terminasi isolasi.

BAB V

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Ruang rawat: Tanggal dirawat/MRS:

5.1 IDENTITAS KLIEN

Nama:(L/P) Umur:**tahun** Nomor CM:

5.2 ALASAN MASUK

.....
.....
.....

5.3 FAKTOR PREDEPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu? Ya Tidak
2. Pengobatan sebelumnya: Berhasil kurang berhasil tidak berhasil
3. Trauma:

| Jenis Trauma | Usia | Pelaku | Korban | Saksi |
|--------------------------|------|--------|--------|-------|
| Penganiayaan Fisik | | | | |
| Penganiayaan Seksual | | | | |
| Penolakan | | | | |
| Kekerasan Dalam Keluarga | | | | |
| Tindakan Kriminal | | | | |
| Lain-Lain | | | | |

Jelaskan no 1, 2, 3:

.....
.....
.....

Masalah Keperawatan:

.....
.....

4. Anggota keluarga yang gangguan jiwa? ada tidak

Bila ada hubungan keluarga:

Gejala:

Riwayat pengobatan:

Masalah Keperawatan:

.....
.....

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan?

.....
.....

Masalah keperawatan:

.....
.....

5.4 PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda vital: TD /mmHg

N:x/mnt S: °C RR: x/mnt

2. Ukuran: berat badan (BB): Kg

Tinggi badan (TB): cm

3. Keluhan Fisik: tidak ada ada, jelaskan

Masalah keperawatan:

.....
.....

5.5 PSIKOSOSIAL

1. Genogram:

Jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

2. Konsep diri:

a. Gambaran diri:

b. Identitas diri:

c. Peran:

d. Ideal diri:

e. Harga diri:

Masalah keperawatan:

.....
.....

3. Hubungan sosial:

a. Orang yang berarti:

b. Peran serta kegiatan kelompok/masyarakat:

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:

Masalah keperawatan:

.....
.....

4. Spiritual:

a. Nilai dan keyakinan:

b. Kegiatan ibadah:

Masalah keperawatan:

.....
.....

5.6 STATUS MENTAL

1. Penampilan:

Bagaimana penampilan klien dalam hal berpakaian, mandi, makan, toilet training dan pemakaian sarana dan prasarana atau instrumentasi dalam mendukung penampilan, apakah klien:

tidak rapi

Penggunaan pakaian tidak sesuai

cara berpakaian tidak seperti biasanya

lain-lain, jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

2. Pembicaraan:

Apatis Lambat Membisu

Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

3. Aktivitas motorik:

Lesu Tegang Gelisah Agitasi

Tik Grimasen Tremor Kompulsif

Jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

4. Afek dan emosi:

a. Alam perasaan (emosi):

Khawatir Gembira berlebihan

lain-lain jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

b. Afek:

Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

5. Interaksi selama wawancara:

Bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung

Kontak mata (-) Defensif Curiga

Jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

6. Persepsi-sensori:

Apakah ada gangguan: ada tidak ada

Halusinasi:

Pendengaran Penglihatan Pengecapan Penghidu lain-lain,
jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

7. Proses pikir:

a. Proses pikir (arus dan bentuk pikir):

Sirkumtansial Tangensial Kehilangan asosiasi

Flight of idea Blocking Pengulangan pembicaraan/persevarasi

Jelaskan:

b. Isi pikir:

Obsesi Fobia Hipokondria

Depersonalisasi Ide yang terkait Pikiran magis

Waham:

Agama Somatik Kebesaran Curiga

Nihilistic Sisip pikir Siar pikir Kontrol pikir

Jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

8. Tingkat kesadaran:

Bingung Sedasi Stupor

Jelaskan:

Adakah gangguan orientasi (disorientasi):

Waktu Tempat Orang

Jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

9. Memori:

Gangguan daya ingat jangka panjang Gangguan daya ingat jangka pendek

Gangguan daya ingat saat ini Konfabulasi

Jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

10. Tingkat konsentrasi dan berhitung:

Mudah beralih Tidak mampu konsentrasi

Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

11. Kemampuan penilaian:

Gangguan ringan Gangguan bermakna

Jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

12. Daya tilik diri:

Mengingkari penyakit yang diderita Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

5.7 KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

1. Kemampuan klien memenuhi/menyediakan kebutuhan:

| Kebutuhan | Ya | Tidak |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Makanan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pakaian | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keamanan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transportasi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tempat tinggal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jelaskan:

.....
.....

Masalah keperawatan:

.....
.....

2. Kegiatan sehari-hari (ADL)

a. Perawatan diri

| Kegiatan | Bantuan Total | Bantuan Minimal | Mandiri |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mandi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| BAB/BAK | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kebersihan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ganti pakaian | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Makan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jelaskan:

.....

Masalah keperawatan:

.....

b. Nutrisi:

1. Apakah anda puas dengan pola makan anda? puas tidak

Bila tidak puas, jelaskan:

2. Apakah anda memisahkan diri? ya tidak

Bila ya, jelaskan:

3. Frekuensi makan sehari x
4. Nafsu makan:

meningkat menurun

d. Kemampuan klien dalam hal berikut ini:

1. Mengantisipasi kehidupan sehari-hari: ya tidak
2. Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri: ya tidak
3. Mengatur penggunaan obat: ya tidak
4. Melakukan pemeriksaan kesehatan: ya tidak

Jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

e. Klien memiliki sistem pendukung

1. Keluarga: ya tidak
2. Teman sejawat: ya tidak
3. Terapis: ya tidak
4. Kelompok sosial: ya tidak

Jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....
.....

f. Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobi? ya/menikmati
tidak menikmati,

Jelaskan:

Masalah keperawatan:

.....

5.8 MEKANISME KOPING

| Adaptif | Maladaptif |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain | <input type="checkbox"/> Minum alkohol |
| <input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah | <input type="checkbox"/> Reaksi lambat/berlebih |
| <input type="checkbox"/> Teknik relaksasi | <input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan |
| <input type="checkbox"/> Aktivitas konstruktif | <input type="checkbox"/> Menghindar |
| <input type="checkbox"/> Olahraga | <input type="checkbox"/> Mencederai diri |
| <input type="checkbox"/> Lainnya: | <input type="checkbox"/> Lainnya: |

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

.....

5.9 MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

masalah dengan dukungan kelompok, spesifiknya:

masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifiknya:

masalah dengan pendidikan, spesifiknya:

masalah dengan pendidikan, spesifiknya:

masalah dengan pekerjaan, spesifiknya:

masalah dengan perumahan, spesifiknya:

masalah dengan ekonomi, spesifiknya:

masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifiknya:

masalah lainnya, spesifiknya:

Masalah keperawatan:

.....
.....

5.10 PENGETAHUAN

Apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang sesuatu hal?

Penyakit jiwa System pendukung Faktor presipitasi Penyakit fisik Koping

Obat-obatan

Lainnya:

Masalah Keperawatan:

.....
.....

5.11 ASPEK MEDIK

Diagnosa Medik:

Terapi Medik:

Masalah Keperawatan:

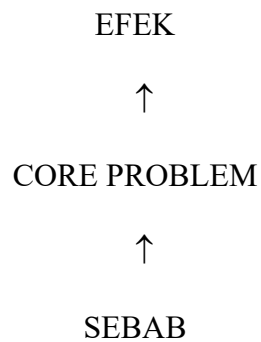
5.12 ANALISA DATA

| NO | DATA | MASALAH |
|----|-------------------------------------------|---------|
| 1 | Subjektif: Objektif: | |
| 2 | Subjektif: Objektif: | |

5.13 DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1.
2.
3.

5.14 POHON MASALAH



5.15 DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.
3.

Tgl

Perawat yang mengkaji,

.....

NIM.

5.16 RENCANA KEPERAWATAN

Nama:

Ruangan:

NomorRM:

DiagnosaMedis:

| Diagnosa | Rencana Tindakan Keperawatan | | | Rasional |
|-------------|------------------------------|-------------------|----------------------|----------|
| | Tujuan | Kriteria Evaluasi | Tindakan Keperawatan | |
| DX KEP 1 | TUM: TUK: | | | |
| DX KEP 2 | TUM: TUK: | | | |

5.17 PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama:

Ruangan:

Nomor RM:

| Hari/tgl Jam | Dx Kep Tujuan | Tindakan keperawatan | Paraf dan nama |
|--------------|---------------|----------------------|----------------|
| | | | |

5.18 EVALUASI KEPERAWATAN

Nama:

Ruangan:

Nomor RM:

| Hari/tgl Jam | Dx Kep Tujuan | Evaluasi keperawatan | Paraf dan nama |
|--------------|---------------|----------------------|----------------|
| | | | |

BAB VI

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Setiap melakukan pengkajian, tulis **tempat klien dirawat** dan **tanggal dirawat**.

6.1 IDENTITAS

1. **Perawat** yang merawat klien melakukan perkenalan dan kontrak dengan Klien tentang: **nama perawat, nama klien, panggilan perawat, panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan.**
2. **Usia** dan **No RM** Lihat RM.
3. Mahasiswa menuliskan **sumber data** yang didapat.

6.2 ALASAN MASUK

Tanyakan kepada klien/keluarga:

1. Apa yang menyebabkan klien/keluarga datang ke Rumah Sakit saat ini?
2. Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini?
3. Bagaimana hasilnya?

6.3 FAKTOR PREDEPOSISI

1. Tanyakan kepada Klien/keluarga apakah klien **pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu**. Bila ya, beri tanda "V" pada kotak "ya" dan bila tidak beri tanda "V" pada kotak "tidak".
2. Apabila pada poin 1 "ya" maka tanyakan bagaimana **hasil pengobatan sebelumnya**:
 - Apabila dia dapat beradaptasi di masyarakat tanpa gejala-gejala gangguan jiwa maka beri tanda "V" pada kotak "**berhasil**".
 - Apabila dia dapat beradaptasi tapi masih ada gejala-gejala sisa maka beri tanda "V" pada kotak "**kurang berhasil**".
 - Apabila tidak ada kemajuan atau gejala-gejala bertambah atau menetap maka beri tanda "V" pada kotak "**tidak berhasil**".
3. Tanyakan pada klien apakah klien pernah melakukan dan atau **mengalami** dan atau **menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan**

dalam keluarga dan tindakan kriminal, beri tanda "V" sesuai dengan penjelasan klien/keluarga.

- Apabila klien sebagai **pelaku** dan atau **korban**, dan atau **saksi**, maka beri tanda "V" pada kotak pertama, isi **usia saat kejadian** pada kotak ke dua. Jika klien pernah sebagai pelaku dan korban dan saksi (2 atau lebih) tuliskan pada penjelasan.
 - Beri penjelasan secara **singkat dan jelas** tentang kejadian yang dialami klien terkait No. 1, 2, 3.
4. Tanyakan kepada klien/keluarga apakah ada **anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa**. Jika ada beri tanda "V" pada kotak "ya" dan jika tidak beri tanda "V" pada kotak "tidak". Apabila ada anggota keluarga lama yang mengalami gangguan jiwa maka tanyakan **bagaimana hubungan klien dengan anggota keluarga tersebut**. Tanyakan **apa gejala** yang dialami serta **riwayat pengobatan dan perawatan** yang pernah diberikan pada anggota keluarga tersebut.
 5. Tanyakan kepada klien/keluarga tentang **pengalaman yang tidak menyenangkan** (kegagalan, kehilangan/perpisahan/kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami klien pada masa lalu.

Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

6.4 FISIK

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ;

1. Ukur dan observasi **tanda-tanda vital**: tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan klien.
2. Ukur **tinggi badan** dan **berat badan** klien.
3. Tanyakan kepada klien/keluarga, apakah ada **keluhan fisik** yang dirasakan oleh klien, bila ada beri tanda "V" di kotak "ya" dan bila "tidak" beri tanda "V" pada kotak tidak.
4. Kaji lebih lanjut **sistem dan fungsi organ** dan jelaskan sesuai dengan keluhan yang ada.

Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data yang ada.

6.5 PSIKOSOSIAL

1. Genogram
 - a. Buatlah genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga. (Contoh:)
 - b. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

2. Konsep diri

a. Gambaran diri:

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

b. Identitas diri: Tanyakan tentang:

- Status dan posisi klien sebelum dirawat.
- Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok).
- Kepuasan klien sebagai laki-laki/perempuan.

c. Peran: Tanyakan:

- Tugas/peran yang diemban dalam keluarga/kelompok/masyarakat.
- Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut.

d. Ideal diri: Tanyakan:

- Harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas/peran.
- Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat).
- Harapan klien terhadap penyakitnya.

e. Harga diri: Tanyakan:

- Hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi no. 2 a, b, c, d.
- Penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.

Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

3. Hubungan sosial

- a. Tanyakan pada klien siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau sokongan.
- b. Tanyakan pada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.
- c. Tanyakan pada klien sejauh mana ia terlibat dalam kelompok di masyarakat.

Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan: Tanyakan tentang:

- Pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut.
- Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa.

b. Kegiatan ibadah: Tanyakan:

- Kegiatan ibadah di rumah secara individu dan kelompok.
- Pendapat klien/keluarga tentang kegiatan ibadah.

Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

6.6 STATUS MENTAL

Beri tanda "V" pada kotak sesuai dengan keadaan klien, **boleh lebih dari satu**.

1. Penampilan

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

- a. Penampilan tidak rapih: Jika dari ujung rambut sampai ujung kaki ada yang tidak rapih. Misalnya: rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak dikunci, baju terbalik, baju tidak diganti-ganti.
- b. Penggunaan pakaian tidak sesuai: Misalnya: pakaian dalam, dipakai di luar baju.
- c. Cara berpakaian tidak seperti biasanya: Jika penggunaan pakaian tidak tepat (waktu, tempat, identitas, situasi/kondisi).
- d. Jelaskan hal-hal yang ditampilkan klien dan kondisi lain yang tidak tercantum.

Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

2. Pembicaraan

- a. Amati pembicaraan yang ditemukan pada klien, apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis dan atau lambat.
- b. Bila pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain yang tak ada kaitannya beri tanda "V" pada kotak inkoheren. (Catatan: Inkoheren tidak tercantum dalam check box yang Anda berikan di format sebelumnya, tetapi disertakan di petunjuk ini).
- c. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.

Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

3. Aktivitas motorik

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

- a. Lesu, tegang, gelisah sudah jelas.
- b. Agitasi: Gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan.
- c. Tik: Gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol.
- d. Grimasen: Gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol klien.
- e. Tremor: Jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menjulurkan tangan dan merentangkan jari-jari.
- f. Kompulsif: Kegiatan yang dilakukan berulang-ulang seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan dan sebagainya.
- g. Jelaskan aktivitas yang ditampilkan klien dan kondisi lain yang tidak tercantum.

Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

4. Alam perasaan (Emosi)

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

- a. Sedih, putus asa, gembira yang berlebihan sudah jelas.
- b. Ketakutan: Objek yang ditakuti sudah jelas.
- c. Khawatir: Objeknya belum jelas.
- d. Jelaskan kondisi klien yang tidak tercantum.

Masalah keperawatan ditulis sesuai data.

5. Afek

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

- a. Datar: Tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.
- b. Tumpul: Hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat.
- c. Labil: Emosi yang cepat berubah-ubah.
- d. Tidak sesuai: Emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada.
- e. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.

Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

6. Interaksi selama wawancara

Data ini didapatkan melalui hasil wawancara dan observasi perawat dan keluarga.

- a. Bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung sudah jelas.
- b. Kontak mata kurang: Tidak mau menatap lawan bicara.
- c. Defensif: Selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya.
- d. Curiga: Menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya pada orang lain.
- e. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.

Masalah keperawatan sesuai dengan data.

7. Persepsi

- a. Jenis-jenis halusinasi sudah jelas, kecuali penghidu sama dengan penciuman.
- b. Jelaskan isi halusinasi, frekuensi, gejala yang tampak pada saat klien berhalusinasi.

Masalah keperawatan sesuai dengan data.

8. Proses pikir

Data diperoleh dari observasi dan saat wawancara.

- a. Sirkumstansial: Pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan.
- b. Tangensial: Pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan.
- c. Kehilangan asosiasi: Pembicaraan tak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya, dan klien tidak menyadarinya.
- d. Flight of ideas: Pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan.
- e. Bloking: Pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.
- f. Perseverasi: Pembicaraan yang diulang berkali-kali.
- g. Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara.

Masalah keperawatan sesuai dengan data.

9. Isi pikir

Data didapatkan melalui wawancara.

- a. Obsesi: Pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha menghilangkannya.
- b. Phobia: Ketakutan yang patologis/tidak logis terhadap objek/situasi tertentu.
- c. Hipokondria: Keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada.
- d. Depersonalisasi: Perasaan klien yang asing terhadap diri sendiri, orang atau lingkungan.
- e. Ide yang terkait: Keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi lingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya.
- f. Pikiran magis: Keyakinan klien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil/di luar kemampuannya.
- g. Waham:
 - Agama: Keyakinan klien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
 - Somatik: Klien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
 - Kebesaran: Klien mempunyai keyakinan yang berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
 - Curiga: Klien mempunyai keyakinan bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
 - Nihilistik: Klien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia/meninggal yang dinyatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
 - Waham yang bizar:

- Sisip pikir: Klien yakin ada ide pikiran orang lain yang disisipkan di dalam pikiran yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
 - Siar pikir: Klien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun dia tidak menyatakan kepada orang tersebut yang dinyatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
 - Kontrol pikir: Klien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar.
- h. Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara.

Masalah keperawatan sesuai dengan data.

10. Tingkat kesadaran

Data tentang bingung dan sedasi diperoleh melalui wawancara dan observasi, stupor diperoleh melalui observasi, orientasi klien (waktu, tempat, orang) diperoleh melalui wawancara.

- a. Bingung: Tampak bingung dan kacau.
- b. Sedasi: Mengatakan merasa melayang-layang antara sadar/tidak sadar.
- c. Stupor: Gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang diulang, anggota tubuh klien dapat dikatakan dalam sikap canggung dan dipertahankan klien, tapi klien mengerti semua yang terjadi di lingkungan.
- d. Orientasi waktu, tempat, orang jelas.
- e. Jelaskan data objektif dan subjektif yang terkait hal-hal di atas.
- f. Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara.

Masalah keperawatan sesuai dengan data.

11. Memori

Data diperoleh melalui wawancara.

- a. Gangguan daya ingat jangka panjang: Tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan.
- b. Gangguan daya ingat jangka pendek: Tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir.
- c. Gangguan daya ingat saat ini: Tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi.
- d. Konfabulasi: Pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.
- e. Jelaskan sesuai dengan data terkait.

Masalah keperawatan sesuai dengan data.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Data diperoleh melalui wawancara.

- a. Mudah dialihkan: Perhatian klien mudah berganti dari satu objek ke objek lain.
- b. Tidak mampu berkonsentrasi: Klien selalu minta agar pertanyaan diulang/tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.
- c. Tidak mampu berhitung: Tidak dapat melakukan penambahan/pengurangan pada benda-benda nyata.
- d. Jelaskan sesuai dengan data terkait.

Masalah keperawatan sesuai data.

13. Kemampuan penilaian

- a. Gangguan kemampuan penilaian ringan: Dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Contoh: berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, klien dapat mengambil keputusan.
- b. Gangguan kemampuan penilaian bermakna: Tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. Contoh: berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan klien masih tidak mampu mengambil keputusan.
- c. Jelaskan sesuai dengan data terkait.

Masalah keperawatan sesuai dengan data.

14. Daya tilik diri

Data diperoleh melalui wawancara.

- a. Mengingkari penyakit yang diderita: Tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik, emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan.
- b. Menyalahkan hal-hal di luar dirinya: Menyalahkan orang lain/lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.
- c. Jelaskan dengan data terkait.

Masalah keperawatan sesuai dengan data.

6.7 KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan
 - a. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka/tidak suka/pantang) dan cara makan.
 - b. Observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.
2. BAB/BAK
 - a. Observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK.
 - b. Pergi, menggunakan dan membersihkan WC.

- c. Membersihkan diri dan merapikan pakaian.
3. Mandi
- a. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur (kumis, jenggot, dan rambut).
 - b. Observasi kebersihan tubuh dan bau badan.
4. Berpakaian
- a. Observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian dan alas kaki.
 - b. Observasi penampilan dandanan klien.
 - c. Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian.
 - d. Nilai kemampuan yang harus dimiliki klien: mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian.
5. Istirahat dan tidur

Observasi dan tanyakan tentang:

- a. Lama dan waktu tidur siang/tidur malam.
- b. Persiapan sebelum tidur seperti: menyikat gigi, cuci kaki, dan berdoa.
- c. Kegiatan sesudah tidur, seperti: merapikan tempat tidur, mandi/cuci muka, dan menyikat gigi.

6. Penggunaan obat

Observasi dan tanyakan kepada klien dan keluarga tentang:

- a. Penggunaan obat: frekuensi, jenis, dosis, waktu, dan cara.
- b. Reaksi obat.

7. Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan kepada klien dan keluarga tentang:

- a. Apa, bagaimana, kapan, dan kemana, perawatan dan pengobatan lanjut.
- b. Siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi, dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.

8. Kegiatan di dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam:

- a. Merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan.
- b. Merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu, mengepel).
- c. Mencuci pakaian sendiri.
- d. Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

9. Kegiatan di luar rumah

Tanyakan kemampuan klien:

- a. Belanja untuk keperluan sehari-hari.
- b. Dalam melakukan perjalanan mandiri (dengan jalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum).
- c. Kegiatan lain yang dilakukan klien di luar rumah (bayar listrik/telpon/air, kantor pos, dan bank).

6.8 MEKANISME KOPING

Data didapat melalui **wawancara** pada klien atau keluarganya. Beri tanda “V” pada kotak koping yang dimiliki klien, baik **adaptif** maupun **maladaptif**.

6.9 MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Data didapatkan melalui **wawancara** pada klien atau keluarganya. Pada tiap masalah yang dimiliki klien beri uraian **spesifik, singkat, dan jelas**.

6.10 PENGETAHUAN

Data didapatkan melalui **wawancara** pada klien. Pada tiap item yang dimiliki oleh klien **simpulkan dalam masalah**.

6.11 ASPEK MEDIK

Tuliskan **diagnosa medik** klien yang telah dirumuskan oleh dokter yang merawat. Tuliskan **obat-obatan klien** saat ini, baik obat fisik, psikofarmaka, dan terapi lain.

6.12 DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- a. Rumuskan diagnosis dengan rumusan P (permasalahan) dan E (etiologi) berdasarkan pohon masalah.
- b. Urutkan diagnosis sesuai dengan prioritas.

Pada akhir pengkajian, tulis **tempat dan tanggal pengkajian** serta **tanda tangan dan nama jelas** mahasiswa.

BAB VII

PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA HARGA DIRI RENDAH

Contoh Kasus:

Seorang wanita umur 32 tahun dirawat di ruang psikiatri rumah sakit jiwa. Klien tampak sering menyendiri dan selalu mengatakan, "saya orang yang tidak berharga suster, karena saya orang terbodoh sedunia, tidak memiliki kemampuan apapun. Saya malu suster keluarga saya sukses semua kakak saya semua sarjana dan bekerja di perusahaan dan instansi pemerintah, sementara saya hanya pengangguran. Makanya saya lebih senang sendiri, saya seperti orang yang paling menderita di dunia dan saya adalah orang yang gagal suster." Pada saat pengkajian klien berbicara dengan suara lirih dan hampir tidak terdengar, kontak mata minimal klien lebih banyak menunduk sambil memainkan jari-jarinya dan terkadang mengigit kukunya.

Cara Penyelesaian

1. Membuat Laporan Pendahuluan

FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN

Contoh

Laporan Pendahuluan

1. Keluhan Utama

DO/DS:

Klien tampak sering menyendiri dan selalu mengatakan, "saya orang yang tidak berharga suster, karena saya orang terbodoh sedunia, tidak memiliki kemampuan apapun. Saya malu suster keluarga saya sukses semua kakak saya semua sarjana dan bekerja di perusahaan dan instansi pemerintah, sementara saya hanya pengangguran. Makanya saya lebih senang sendiri." Berbicara dengan suara lirih dan hampir tidak terdengar, kontak mata minimal klien lebih banyak menunduk sambil memainkan jari-jarinya dan terkadang mengigit kukunya.

2. Proses Terjadinya Masalah

a. Faktor Predisposisi yang menyebabkan timbulnya harga diri rendah meliputi:

1) Biologis

Faktor heriditer (keturunan) seperti adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Selain itu adanya riwayat penyakit kronis atau trauma kepala merupakan salah satu faktor penyebab gangguan jiwa.

2) Psikologis

Masalah psikologis yang dapat menyebabkan timbulnya harga diri rendah adalah pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, penolakan dari lingkungan dan orang terdekat serta harapan yang tidak realistis. Kegagalan berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal dan memiliki ketergantungan yang tinggi pada orang lain merupakan faktor lain yang menyebabkan gangguan jiwa. Selain itu klien dengan harga diri rendah memiliki penilaian yang negatif terhadap gambaran dirinya, mengalami krisis identitas, peran yang terganggu, ideal diri yang tidak realistis.

3) Faktor Sosial Budaya

Pengaruh sosial budaya yang dapat menimbulkan harga diri rendah adalah adanya penilaian negatif dari lingkungan terhadap klien, sosial ekonomi rendah, pendidikan yang rendah serta adanya riwayat penolakan lingkungan pada tahap tumbuh kembang anak.

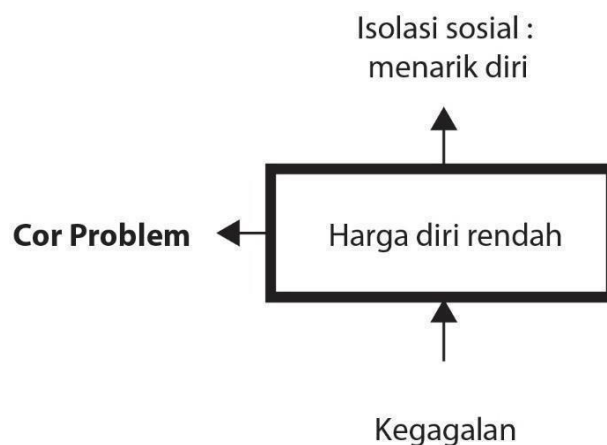
b. Faktor Presipitasi yang menimbulkan harga diri rendah antara lain:

- 1) Riwayat trauma seperti adanya penganiayaan seksual dan pengalaman psikologis yang tidak menyenangkan, menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan, menjadi pelaku, korban maupun saksi dari perilaku kekerasan.
- 2) Ketegangan peran:

Ketegangan peran dapat disebabkan karena:

- (a) Transisi peran perkembangan: perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan seperti transisi dari masa kanak-kanak ke remaja.
- (b) Transisi peran situasi: terjadi dengan bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian.
- (c) Transisi peran sehat-sakit: merupakan akibat pergeseran dari kondisi sehat sakit. Transisi ini dapat dicetuskan antara lain karena kehilangan sebahagian anggota tubuh, perubahan ukuran, bentuk, penampilan atau fungsi tubuh. Atau perubahan fisik yang berhubungan dengan tumbuh kembang normal, prosedur medis dan keperawatan.

3. Pohon Masalah



4. Diagnosis Keperawatan Harga Diri Rendah

Petunjuk membuat laporan pendahuluan;

1. Tuliskanlah keluhan utama yang dialami pasien sesuai dengan kasus yang Anda dapatkan
2. Lengkapilah dan buatlah proses terjadinya masalah yang terdiri dari faktor predisposisi dan faktor presipitasi dari kasus tersebut.
3. Selanjutnya buatlah pohon masalah dan tentukanlah masalah utama pada kasus Anda
4. Tentukanlah masalah keperawatan dan lengkapi data yang perlu dikaji pada kasus tersebut
5. Buatlah diagnosa keperawatan sesuai masalah yang saudara temukan
6. Buatlah rencana tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang Anda tetapkan.

2. Membuat Strategi Pelaksanaan

Buatlah strategi perencanaan sesuai kasus fiktif 1 dengan mempergunakan format seperti di bawah ini.

FORMAT STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa :
NPM :
Nama Pasien :
Ruangan :
No. Medrec :
Hari, tanggal :
Pertemuan ke- :

Proses Keperawatan

1. Kondisi pasien
 - a. Data Subjektif
 - b. Data Objektif
2. Diagnosa Keperawatan
3. Tujuan Keperawatan

Strategi Komunikasi Terapeutik

1. Orientasi
 - a. Salam terapeutik
 - b. Memperkenalkan diri
 - c. Evaluasi/validasi tindak lanjut pada pertemuan sebelumnya
 - d. Membuat/memvalidasi kontrak (topik, waktu, tempat)
2. Kerja
3. Terminasi
 - a. Evaluasi perasaan pasien setelah berbincang-bincang
 - b. Evaluasi kemampuan pasien
 - c. Tindak Lanjut
 - d. Kontrak untuk pertemuan yang akan datang (topik, waktu, tempat)

Strategi Pelaksanaan

Anda bisa melakukan latihan strategi pelaksanaan di bawah ini dengan teman Anda. Saat ini Anda berperan sebagai seorang perawat jiwa dan teman Anda berperan sebagai pasien dengan ansietas. Jika Anda sudah merasa mampu melakukan peran tersebut, maka bertukar peranlah dengan teman Anda.

Fase Orientasi:

"Selamat pagi mbak, perkenalkan saya perawat Nur, senang dipanggil Nur. Nama mbak siapa?"
"Oh... mbak Nurvita, senang dipanggil apa mbak?" "Baiklah mbak Vita, saya Nurhalimah perawat di ruangan dahlia yang akan merawat mbak selama di rumah sakit ini. Bagaimana kalau kita bercakap-cakap mbak Vita. Bagaimana perasaan mbak Vita saat ini?" "O... mbak Vita merasa bosan... apa yang membuat mbak Vita merasa bosan, tidak berharga dan orang yang paling menderita di dunia?" "Jadi... mbak Vita merasa bosan karena merasa tidak berarti. Bagaimana kalau sekarang kita membicarakan tentang perasaan mbak dan kemampuan yang mbak Vita miliki?" "Dimana kita bisa bercakap-cakap?" "Baik, berapa lama mbak Vita?" "Bagaimana jika 30 menit? Tujuan kita bercakap-cakap adalah agar mbak Vita dapat menilai kembali kemampuan yang dimiliki selama ini dan kegiatan yang biasa mbak Vita lakukan."

Kerja:

"Sebelumnya saya ingin menanyakan tentang penilaian mbak Vita terhadap diri mbak sendiri. Tadi mbak Vita mengatakan merasa bosan karena tidak berarti. Apa yang menyebabkan mbak Vita merasa demikian?" "Jadi... mbak Vita merasa telah gagal memenuhi keinginan orangtua.... Ada lagi hal lain yang tidak menyenangkan yang mbak Vita rasakan?" "Bagaimana hubungan mbak Vita dengan keluarga dan teman-teman setelah mbak Vita merasakan hidup yang tidak berarti dan tidak berguna?" "Oo... mbak Vita jadi malas dan malu.... Ada lagi?" "Tadi mbak Vita juga mengatakan telah gagal memenuhi keinginan orangtua, sebenarnya apa saja harapan atau cita-cita mbak Vita?" "Yang mana saja dari harapan mbak Vita yang telah mbak capai?" "Bagaimana usaha mbak Vita untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi?"

"Agar dapat mencapai harapan-harapan mbak Vita, mari kita sama-sama menilai kemampuan yang dimiliki mbak Vita untuk dilatih dan dikembangkan. Coba mbak Vita sebutkan kemampuan apa saja yang mbak pernah miliki?" "Bagus, apalagi? Mari kita buat daftarnya ya...! Kegiatan rumah tangga yang biasa mbak Vita lakukan? Bagaimana dengan merapikan kamar? Menyapu? Mencuci piring,... dst." "Wah, bagus sekali ada tujuh kemampuan dan kegiatan yang mbak Vita miliki. Nah, sekarang... dari tujuh kemampuan/kegiatan ini, yang mana yang masih dapat dikerjakan di rumah? Coba kita lihat, yang pertama bisakah, yang kedua,...." (hingga tujuh kemampuan/kegiatan (misalnya akhirnya ada lima yang masih dapat dilakukan).

"Bagus sekali, ternyata ada lima kegiatan yang masih dapat dikerjakan di rumah. Menurut mbak adakah bantuan yang diperlukan untuk mbak Vita melakukan kegiatan ini?"

"Iya, bagus sekali!" "Mari kita lihat kembali daftar kegiatan yang telah kita buat tadi."

"Coba mbak Vita pilih yang mana yang akan kita latih sekarang. Yang nomor satu... main tenis. Wah, saat ini belum bisa dilakukan ya." "Yang nomor dua merapikan tempat tidur, bagaimana mbak Vita? Wah, tentu bisa dilakukan ya. Bagus sekali!" "Baik... nomor tiga mencuci piring, bisa ya? (dan seterusnya hingga kelimanya didiskusikan, misalnya akhirnya ada empat kegiatan yang dipilih untuk dilatih)." "Nah... dari keempat kegiatan yang telah dipilih untuk dikerjakan di rumah... mana yang mau dilatih hari ini?"

"Baik, mari kita latihan merapikan tempat tidur. Tujuannya agar mbak Vita dapat meningkatkan kemampuan merapikan tempat tidur dan merasakan manfaatnya. Dimana kamarnya?"

"Nah, kalau kita akan merapikan tempat tidur, kita pindahkan terlebih dahulu bantal dan selimutnya. Bagus! Sekarang kita angkat spreinya, dan kasurnya kita balik. Nah, sekarang kita pasang lagi spreinya, kita mulai dari arah atas ya... Bagus! Sekarang bagian kaki, tarik dan masukkan, lalu bagian pinggir dimasukkan. Sekarang ambil bantal, rapikan, dan letakkan di bagian atas/kepala. Mari kita lipat selimut. Nah, letakkan di bagian bawah/kaki. Bagus!"
"Bagus sekali, mbak Vita dapat mengikuti langkah-langkahnya. Sekarang, mari kita masukkan pada jadwal harian mbak Vita ya... Mau berapa kali sehari merapikan tempat tidur? Bagus! Duakali sehari... pagi-pagi bangun tidur, lalu setelah istirahat siang jam 4. Jika sudah dikerjakan, beri tanda ya.... M artinya mandiri, diisi jika merapikan tempat tidur dilakukan mbak Vita tanpa diingatkan keluarga; B artinya bantuan, diisi jika kegiatan merapikan tempat tidur dilakukan dengan bantuan keluarga atau harus diingatkan keluarga terlebih dahulu; dan T artinya tergantung, diisi jika mbak Vita tidak melakukannya."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan mbak Vita setelah latihan merapikan tempat tidur?" "Nah, sekarang coba ulangi kembali langkah-langkah merapikan tempat tidur!"

"Bagus sekali! Jangan lupa merapikan tempat tidur sesuai jadwal yang telah dibuat tadi ya... yaitu setelah bangun tidur pagi hari dan setelah istirahat siang hari."

"Nah, hari selasa saya akan datang kembali, kita latihan kegiatan yang kedua. Mau jam berapa?"

"Baiklah, kalau begitu minggu depan saya akan datang pada jam 10. Sampai jumpa...."

Strategi Pelaksanaan Komunikasi pada Pertemuan Kedua

Orientasi:

"Selamat pagi mbak Vita ..." "Wah, mbak Vita kelihatan rapi pagi ini?" "Bagaimana perasaan mbak Vita saat ini? Bagaimana dengan perasaan-perasaan negatif yang sering mbak rasakan?" "Bagus sekali..... perasaan tidak berarti dan tidak berguna tidak dirasakan lagi belakangan ini." "Bagaimana dengan kegiatan merapikan tempat tidurnya?"

"Boleh saya lihat kamar tidurnya?" "Tempat tidurnya rapi sekali... bagus! Sekarang mari kita lihat jadwalnya..." "Wah ternyata mbak Vita telah melakukan kegiatan merapikan tempat tidur sesuai jadwal... nanti kegiatan ini tetap mbak Vita teruskan ya..." "Lalu... apa manfaat yang mbak Vita rasakan dengan melakukan kegiatan merapikan tempat tidur secara terjadwal?" "Sesuai janji kita kemarin, hari ini kita akan lanjutkan latihan untuk kegiatan yang kedua. Hari ini mbak Vita mau latihan mencuci piring kan? Bagaimana kalau pertemuan kita hari ini selama 20 menit?" "Dimana tempat mencuci piringnya?" "Tujuan kita bercakap-cakap dan latihan pagi ini adalah agar mbak Vita dapat meningkatkan kemampuan mencuci piring sehingga mbak akan merasa puas terhadap hasil kerja mbak."

Kerja:

"Baik, sebelum mulai latihan mencuci piring... kita persiapkan dulu perlengkapan untuk mencuci piring. Menurut mbak Vita apa saja yang perlu kita siapkan saat akan mencuci piring?"

"Yaaa... bagus sekali. Jadi... sebelum mencuci piring kita perlu menyiapkan alatnya, yaitu sabun cuci piring dan spons untuk mencuci piring. Selain itu juga tersedia air bersih untuk membilas piring yang telah kita sabuni. Nah, sekarang bagaimana langkah-langkahnya atau cara mencuci piring yang biasa mbak Vita lakukan?"

"Benar sekali.... pertama kita bersihkan piring dari sisa-sisa makanan dan kita kumpulkan di satu tempat. Kemudian kita basahi piring dengan air, lalu sabuni seluruh permukaan piring, dan kemudian dibilas hingga bersih sampai piringnya tidak terasa licin lagi. Kemudian piringnya bisa kita letakkan pada rak piring yang tersedia. Jika ada piring dan gelas, maka yang pertama kali kita cuci adalah gelasnya, setelah itu baru piringnya. Sekarang bisa kita mulai mbak Vita ya...."

"Bagus sekali, mbak Vita telah berlatih mencuci piring dengan cara yang baik. Sekarang, kita masukkan lagi kegiatan ini ke jadwal harian mbak Vita ya... Mau berapa kali sehari mencuci piringnya?" "Bagus sekali! Jadi mbak Vita mau mencuci piring dua kali sehari. Kapan saja mbak Vita?" "Ooh... sehabis sarapan pagi dan sehabis makan siang. Kita masukkan ke jadwalnya ya... Yah, silakan mbak Vita tulis sesuai kesepakatan tadi. Jangan lupa kegiatan merapikan tempat tidurnya tetap dimasukkan ke dalam jadwalnya. Waktunya sama seperti jadwal sebelumnya ya mbak? Nanti kalau kegiatannya sudah dikerjakan, beri tanda ya...."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan mbak Vita setelah latihan mencuci piring?" "Nah, sekarang coba ulangi kembali langkah-langkah mencuci piring!" "Benar mbak Vita! Jangan lupa mencuci piring sesuai jadwal yang telah dibuat tadi ya... yaitu setelah sarapan pagi hari dan setelah makan siang." "Besok kita ketemu lagi ya mbak, kita latihan kegiatan yang ketiga. Mau jam berapa?" "Jam 09 pagi? Baik, sampai jumpa...."

Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik pada Pertemuan Ke Tiga

Orientasi:

"Selamat pagi mbak Vita ..." "Bagaimana perasaan mbak Vita saat ini? Bagaimana dengan perasaan-perasaan negatif yang pernah mbak rasakan?" "Bagus sekali.... jadi sekarang mbak Vita merasa hidup ini berarti dan lebih berguna." "Bagaimana dengan jadwal kegiatannya... sudah dikerjakan?" "Mari kita lihat jadwalnya. Yang.... merapikan tempat tidur... sudah dikerjakan. Bagus sekali! Boleh saya lihat kamar tidurnya?" "Wah, tempat tidurnya rapi sekali... bagus! Kemudian untuk mencuci piringnya, juga sudah dikerjakan sesuai jadwal?" "Wah, mbak Vita luar biasa... semua telah dikerjakan sesuai jadwal. Coba kita lihat sama-sama tempat cuci piringnya. Bersih sekali, tidak ada piring dan gelas kotor, semua sudah rapi di rak piringnya." "Apa manfaat yang mbak Vita rasakan dengan melakukan kegiatan-kegiatan ini?" "Kegiatan ini terus mbak Vita lakukan ya... agar mbak Vita semakin terampil melakukannya dan semakin dapat merasakan manfaatnya."

"Sesuai dengan kesepakatan kita minggu lalu, hari ini kita akan lanjutkan latihan kegiatan ketiga, yaitu menyapu. Pertemuan ini selama 30 menit. Tujuan pertemuan pagi ini adalah untuk berlatih menyapu sehingga mbak Vita dapat menyapu dengan baik dan merasakan manfaat dari kegiatan menyapu."

Kerja:

"Menurut mbak Vita, apa saja persiapan untuk menyapu lantai?" "Bagus.... sebelum mulai menyapu, kita perlu menyiapkan sapu dan pengki." "Bagaimana cara menyapu yang biasa mbak Vita lakukan?" "Yah, bagus!" "Jadi... menyapu dilakukan dari arah sudut ruangan. Menyapu dilakukan juga di bawah meja dan kursi, bila perlu meja dan kursinya dapat digeser, agar dapat menyapu pada bagian lantainya dengan lebih bersih. Begitu juga untuk kolong tempat tidur perlu disapu." "Ruangan mana yang ingin disapu saat ini? Mari kita mulai berlatih." "Yaa... bagus sekali! Menurut mbak Vita bagaimana perbedaan setelah ruangan ini disapu dibandingkan tadi sebelum disapu?" "Mari kita tambahkan kegiatan menyapu ke dalam jadwal kegiatannya. Mau jam berapa saja kegiatan menyapu dilakukan? Baik, jadi.... kegiatan menyapu akan mbak Vita kerjakan dua kali sehari, jam 8 pagi dan jam 15.30. Kemudian untuk kegiatan merapikan tempat tidur dan mencuci piringnya tetap seperti jadwal yang lalu ya mbak..."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan mbak Vita setelah latihan menyapu?" "Nah, sekarang coba ulangi kembali persiapan untuk menyapu!" "Ya, benar sekali mbak Vita! Jangan lupa kegiatan menyapu dilakukan sesuai jadwal yang telah dibuat tadi ya... yaitu jam 8 pagi dan jam 15.30, juga kegiatan merapikan tempat tidur dan mencuci piring sesuai jadwal." "Hari Kamis kita akan bertemu lagi. Untuk latihan kegiatan yang keempat, yaitu merawat tanaman. Mau jam berapa?" "Jam 11? Baik, kalau begitu sampai jumpa ya...."

Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Pertemuan Ke Empat

Orientasi:

"Selamat siang mbak Vita ..." "Bagaimana perasaan mbak Vita saat ini? Bagaimana dengan perasaan-perasaan negatif yang pernah mbak rasakan?" "Bagus sekali.... jadi sekarang mbak Vita tidak lagi merasakan perasaan tersebut." "Bagaimana dengan jadwal kegiatannya... sudah dilakukan sesuai jadwal?" "Mari kita sama-sama lihat jadwalnya. Merapikan tempat tidur... sudah dikerjakan. Kemudian untuk mencuci piringnya dan menyapu juga sudah dikerjakan sesuai jadwal." "Coba kita lihat kamar tidurnya." "Bagus sekali, tempat tidurnya sudah rapi." "Tempat cucian piring juga bersih, tidak ada yang kotor lagi. Lantai ruangan juga bersih. Bagus sekali... semua telah dikerjakan sesuai jadwal. Mbak Vita bisa tetap lanjutkan kegiatan ini sesuai jadwal." "Sesuai dengan janji kita minggu lalu, hari ini kita akan lanjutkan latihan kegiatan keempat, yaitu memasak. Kita bertemu selama 30 menit ya... " "Tujuan pertemuan pagi ini adalah untuk latihan memasak sehingga keterampilan memasak mbak Vita makin meningkat dan ini dapat membantu meningkatkan rasa percaya diri dan mbak."

Kerja:

"Hari ini mbak Vita mau masak apa?" "Masak mie goreng.... Baik... persiapan yang telah disiapkan apa saja?" "Luar biasa! Mbak Vita telah mempersiapkan bahan untuk membuat mie goreng, yaitu mie, minyak goreng, dan bumbu-bumbunya. Alat yang telah disiapkan apa saja mbak?" "Baik... ada kuah, suling untuk menggoreng. Jadi bisa kita mulai mbak Vita ya...." "Wah.... harum sekali tumisan bumbunya..." "Sudah siap ternyata masakan mie gorengnya." "Bagaimana kalau kita tambahkan jadwal memasak pada jadwal kegiatan harian mbak. Kapan saja mbak akan memasak?" "Bagus dua kali sehari.... Jam 11 dan jam 5 sore. Kemudian untuk kegiatan merapikan tempat tidur, mencuci piring, menyulam tetap seperti jadwal yang lalu ya mbak..."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan mbak Vita setelah latihan memasak?" "Nah, sekarang coba ulangi kembali langkah-langkah untuk membuat mie goreng!" "Ya, benar sekali mbak Vita! Jangan lupa jadwal memasaknya dilakukan sesuai jadwal yaitu jam 11 dan jam 5 sore. ... juga kegiatan merapikan tempat tidur, mencuci piring, dan menyapu lantai." "Minggu depan saya akan balik lagi kesini untuk mengevaluasi pelaksanaan jadwal kegiatan mbak Vita. Mau jam berapa?" "Jam 11? Baik, kalau begitu sampai minggu depan ya...."

4. Pengkajian

Dengan mempergunakan kasus fiktif 1 yang ada pada Modul Bahan Ajar Cetak Praktikum ini. Lakukanlah praktikum pemberian asuhan keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi dan dokumentasikanlah asuhan keperawatan yang telah saudara lakukan sesuai dengan format yang ada di bawah ini. Lakukanlah praktikum bersama teman Anda. Satu orang berperan sebagai perawat jiwa dan lainnya berperan sebagai pasien dengan harga diri rendah, lakukanlah pergantian peran pada latihan selanjutnya.

5. Analisis Data

Contoh:

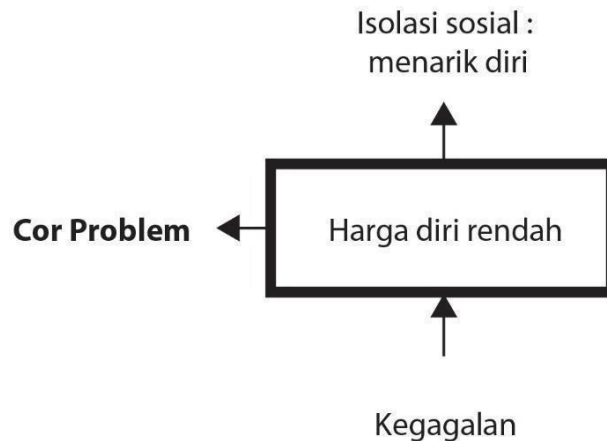
Analisis Data dan Masalah

| Data | Masalah |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <p>Data Subyektif: Pasien mengatakan merasa tidak berguna, merasa hidup ini tidak berarti, merasa tidak memiliki kemampuan.</p> <p>Data Obyektif: Saat berinteraksi klien sering menundukkan kepala, kontak mata kurang.</p> | <p>Harga diri rendah</p> |

- a. Setelah Anda dapat membuat analisis data dan masalah keperawatan, langkah selanjutnya adalah Anda membuat daftar masalah keperawatan jiwa sesuai dengan pengkajian.

- b. Langkah berikutnya adalah membuat pohon masalah. Untuk dapat membuat pohon masalah. Anda dapat mempelajari kembali Modul Bahan Ajar Cetak proses keperawatan jiwa. Saya yakin, Anda sudah memahaminya dan dapat membuat pohon masalah dimaksud. Mari kita segarkan ingatan kita kembali tentang cara membuat pohon masalah dengan memperhatikan kembali contoh di bawah ini.

Pohon Masalah



6. Menegakkan Diagnosa Keperawatan

Setelah Anda dapat membuat pohon masalah. Tegakkanlah diagnosa keperawatan. Berikut ini adalah langkah-langkah menegakkan diagnosa keperawatan.

- Menyimpulkan masalah utama yaitu masalah yang sedang dialami pasien saat ini yang mengganggu kehidupan pasien.
- Tentukan penyebab masalah utama.
- Menentukan akibat dari masalah utama.
- Buatlah daftar masalah yang lain.

7. Tindakan Keperawatan

Setelah data terkumpul Anda harus membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah pasien. Buatlah rencana asuhan keperawatan sesuai dengan format yang berada pada bab 5.

8. Implementasi dan Evaluasi

Implementasi Keperawatan Pasien Harga Diri Rendah

Tindakan keperawatan dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat melakukan pelayanan di poli kesehatan jiwa, ruangan rumah sakit jiwa atau puskesmas. terlebih dahulu perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien, dan melatih satu kemampuan yang dimiliki pasien untuk mengatasi masalah yang dialami pasien.

BAB VIII

PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA PERILAKU KEKERASAN

Contoh Kasus:

Ny. R usia 31 tahun dirawat di RSJ karena suka marah-marah di rumah jika tidak diberi uang dan sering melemparkan piring, pasien sering bertengkar dengan keluarganya, dan klien mengatakan pernah memukul orang di sekitarnya seperti adik dan kakaknya, serta berkata bahwa klien mendengarkan suara-suara tidak jelas seperti menyuruh melempari barang-barang di rumah. Biasanya suara-suara itu didengar pada sore hari. Klien tinggal bersama suami dan anaknya, klien anak ketiga dari 4 bersaudara. Pada saat pengkajian didapatkan data **mata melotot, suara tinggi dan sering berteriak**, serta **memaki orang yang dilihatnya**. Klien mengatakan bosan di rumah sakit dan merasa sedih karena jauh dari keluarganya. Klien mengatakan **malas minum obat** karena minum obat teratur pun tidak sembuh-sembuh, klien mengatakan sudah mengetahui cara mengontrol marah dengan **menarik nafas panjang dan pukul bantal**.

1. Membuat Laporan Pendahuluan

Sebelum Anda melakukan praktikum, terlebih dahulu Anda harus membuat laporan pendahuluan sesuai dengan kasus fiktif di atas, buatlah laporan pendahuluan seperti format di bawah ini.

FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN

Contoh

Laporan Pendahuluan

| |
|------------------------------------------------|
| Keluhan Utama |
| Proses Terjadinya Masalah |
| Pohon Masalah |
| Masalah Keperawatan dan Data yang Perlu Dikaji |

| |
|---------------------------------------|
| |
| Diagnosis Keperawatan |
| Rencana Tindakan Keperawatan |

2. Membuat Strategi Pelaksanaan

Pergunakanlah kasus di atas dan isilah format strategi pelaksanaan tindakan keperawatan di bawah ini.

FORMAT STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa :

NIM :

Nama Pasien :

Ruangan :

No. RM :

Hari, Tanggal :

Pertemuan ke- :

Proses Keperawatan

1. Kondisi pasien

 Data Subjektif

 Data Objektif

2. Diagnosis keperawatan

3. Tujuan keperawatan

Strategi Komunikasi Terapeutik

1. Orientasi
 - a. Salam terapeutik
 - b. Memperkenalkan diri
 - c. Evaluasi/validasi tindak lanjut pada pertemuan sebelumnya
 - d. Membuat/memvalidasi kontrak (topik, waktu, tempat)
2. Kerja
3. Terminasi
 - a. Evaluasi perasaan pasien setelah berbincang-bincang.
 - b. Evaluasi kemampuan pasien.
 - c. Tindak lanjut.
 - d. Kontrak untuk pertemuan selanjutnya (topik, waktu, tempat).

Strategi Pelaksanaan

Anda dapat melakukan strategi pelaksanaan di bawah ini dengan teman Anda, dengan masing-masing berperan sebagai perawat jiwa dan pasien dengan perilaku kekerasan. Jika Anda merasa sudah mampu melakukan peran tersebut, maka bertukar peranlah dengan teman Anda.

Pertemuan 1 Mengenal Perilaku Kekerasan: latihan mengontrol marah dengan fisik 1

Orientasi:

"Assalamuallaikum perkenalkan nama saya perawat A. Nama Mba siapa? Senangnya dipanggil apa?" "Tadi saya sudah bertemu dengan ibu Mba dan sekarang saya ingin bercakap-cakap dengan Mba." "Bagaimana perasaan Mba saat ini? Masih ada perasaan kesal atau marah?" "Baiklah kita akan berbincang-bincang sekarang tentang penyebab mba marah, dan bagaimana cara mengontrol rasa marah. Berapa lama kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 30 menit? Setuju? Dimana sebaiknya kita duduk untuk berbincang-bincang,?"

Kerja:

"Apa yang menyebabkan mba marah? Apalagi penyebab yang lain? Samakah dengan yang sekarang? O..iya, jadi ada 2 penyebab marah. Mba ingin makan tetapi ibu belum menyediakan makanan, apa yang mba rasakan?" (tunggu respon pasien). "Bila mba merasakan kesal apakah disertai dengan dada berdebar-debar, mata melotot, rahang terkatup rapat, dan tangan mengepal? Setelah itu apa yang mba lakukan? O..iya, jadi mba membanting barang dan memarahi ibu dengan kata-kata kasar. Apakah dengan cara ini rasa marah mba berkurang? Iya, tentu tidak. Apa kerugian dari cara yang mba lakukan? Betul, ibu mba jadi sakit dan takut, piring-piring pecah. Menurut mba adakah cara lain yang lebih baik? Maukah mba belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?" "Baik, sekarang kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan kegiatan fisik. Kalau ada yang menyebabkan mba marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar, mata melotot, mba dapat melakukan: **tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal.**"

"Mari kita coba latihan tarik nafas dalam: berdiri, lalu tarik nafas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo coba lagi, tarik dari hidung, bagus, tahan, dan tiup melalui mulut. Nah, lakukan 5 kali. Bagus sekali, mba sudah bisa melakukannya." "Mari kita latihan memukul kasur dan bantal. Dimana kamar mba? Jadi kalau nanti mba kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Nah, coba mba lakukan, pukul kasur dan bantal. Ya, bagus sekali mba melakukannya."

"Sekarang kita buat jadwalnya ya, mau berapa kali sehari mba latihan memukul kasur dan bantal serta tarik nafas dalam? Baik ini jadwalnya, kapan mba mau latihan tarik nafas dalam dan memukul bantal atau kasur. Jika mba melakukannya coret disini ya."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan mba setelah kita bincang-bincang tentang perasaan marah dan tadi latihan cara menyalurkan marah?"

"Iya jadi ada 2 penyebab yang membuat mba marah (sebutkan) dan mba rasakan(sebutkan) dan yang mba lakukan (sebutkan) serta akibatnya (sebutkan)."

"Berapa tadi cara mengontrol marah jika perasaan marah mba muncul? Baiklah mba sudah memasukkan kedua cara tadi ke dalam jadwal kegiatan sehari-hari .. jadi kalau ada keinginan marah, gunakan kedua cara tadi ya mba."

"Dua hari lagi saya akan kembali dan kita latih cara mengontrol marah dengan patuh minum obat. Mau jam berapa? Baik, jam 10 pagi ya. Sampai jumpa."

Latihan patuh minum obat

Orientasi:

"Selamat siang mba, sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang saya datang lagi. Bagaimana mba, sudah dilakukan latihan tarik nafas dalam dan membersihkan kamar mandi atau pukul kasur? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Coba kita lihat jadwal kegiatannya."

"Apakah selama kita tidak bertemu ada hal yang membuat mba kesal hingga marah?"

"Apa yang mba lakukan untuk mengatasinya? Bagus tarik napas dalam? Bagaimana hasilnya mba?" "Wah, bagus sekali, mba telah menerapkan cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan ternyata perasaan marahnya jadi terkontrol."

"Bagaimana kalau sekarang kita bicara tentang pentingnya minum obat dan latihan tentang cara minum obat yang benar untuk mengontrol rasa marah? Dimana enaknyanya kita berbincang-bincang? Berapa lama mba mau kita berbincang-bincang tentang hal tersebut? Sekarang saya akan jelaskan tentang pentingnya minum obat."

Kerja:

"Mba sudah dapat obat dari dokter puskesmas? ini obatnya, mba perlu minum obat ini secara teratur agar pikirannya jadi tenang, dan tidurnya juga menjadi nyenyak. Obatnya ada tiga macam mba, yang warnanya oranye namanya CPZ, yang warna putih ini namanya THP, dan yang merah jambu ini namanya HLP semuanya harus diminum 3 kali sehari yaitu jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam." "Bila nanti setelah minum obat mulut terasa kering, untuk membantu mengatasinya mba bisa mengisap-isap es batu. Bila mba merasa mata berkunang-kunang, mba sebaiknya istirahat dan jangan beraktivitas dulu. Jangan pernah menghentikan minum obat sebelum berkonsultasi dengan dokter ya." "Sebelum minum obat ini mba lihat dulu label yang menempel di bungkus obat, apakah benar nama mba tertulis disitu. Selain itu mba perlu memperhatikan jenis obatnya, berapa dosis yang harus diminum, jam berapa saja obatnya harus diminum, dan cara minum obatnya. mba perlu secara teratur minum obat dan tidak menghentikannya tanpa konsultasi dengan dokter. Sekarang kita masukkan waktu minum obatnya ke dalam jadwal ya mba."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan mba setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol perasaan marah dengan cara minum obat yang benar?"

"Coba mba sebutkan lagi cara minum obat yang benar." "Bagus! Nah, sudah berapa cara mengontrol perasaan marah yang kita pelajari? Jadwal minum obat telah kita buat tadi. Jangan lupa laksanakan semua dengan teratur ya."

"Baik, seminggu lagi saya kembali untuk melihat sejauhmana mba melaksanakan kegiatan latihan fisik dan minum obat dengan teratur. Serta apakah hal tersebut dapat mencegah rasa marah. Saya juga akan melatih cara mengontrol perasaan marah dengan cara bicara yang baik. Mba mau jam berapa? Sampai jumpa."

Cara sosial atau verbal

Orientasi:

"Assalamualaikum mba, sesuai dengan janji saya seminggu yang lalu sekarang saya datang lagi."

"Bagaimana mba, sudah dilakukan latihan tarik nafas dalam dan pukuk kasur bantal? Bagaimana dengan minum obatnya sesuai dengan jadwalnya? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur dan obatnya diminum?"

"Apakah selama kita tidak bertemu ada hal yang membuat mba merasa kesal?" "Apa yang mba lakukan untuk mengatasinya?" "Lalu...bagaimana hasilnya mba?" "Bagus sekali, marah mba menjadi reda setelah dialihkan dengan memukul bantal."

"Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara bicara yang baik bila sedang marah? Dimana enaknya kita berbincang-bincang tentang hal tersebut?" "Berapa lama mba mau kita berbincang-bincang?"

Kerja:

"Sekarang kita latihan cara bicara yang baik bila sedang marah. Ada tiga caranya mba, yaitu: **meminta dengan baik** tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar, misalnya: 'Bu, tolong ambilkan saya air minum itu'. Coba mba praktekan. Bagus mba." **Menolak dengan baik**, jika ada yang menyuruh dan mb tidak ingin melakukannya, katakan: 'Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan'. **Mengungkapkan perasaan kesal**, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal, mba dapat mengatakan: "Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu"

"Coba mba praktekan. Bagus mba."

"Sekarang mari kita masukkan dalam jadwal. Berapa kali mba dalam sehari mau latihan bicara yang baik?"

"Bisa kita buat jadwalnya? Coba masukkan dalam jadwal latihan sehari-hari, misalnya meminta makan, minta obat atau minta uang, dll. Begitu juga dengan latihan tarik nafas dalam, latihan pukul bantal/kasur, dan jadwal minum obat tetap dilanjutkan seperti jadwal sebelumnya."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan mba setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol marah dengan bicara yang baik?"

"Coba mba sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari."

"Bagus sekali, jangan lupa mba latihan sesuai jadwal yang telah dibuat tadi, yaitu meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan cara baik. Juga latihan tarik nafas dalam, latihan pukul bantal/kasur, dan jadwal minum obat mba tetap lakukan sesuai jadwal ya..."

"Dua hari lagi saya akan kembali mengunjungi mba ya? Bagaimana kalau waktunya seperti sekarang ini saja, mba setuju?" "Nanti kita akan membicarakan tentang cara lain untuk mengatasi rasa marah mba yaitu dengan cara ibadah, mba setuju?"

Cara spiritual

Orientasi:

"Assalamualaikum mba, sesuai dengan janji saya dua hari yang lalu sekarang saya datang lagi. Bagaimana, sudah dilakukan latihan tarik nafas dalam, pukul kasur bantal dan bicara yang baik? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Bagaimana obatnya, diminum teratur?"

"Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara lain untuk mengontrol marah mba yaitu dengan ibadah?"

"Dimana enaknya kita berbincang-bincang tentang cara ibadah?"

"Berapa lama mba mau kita berbincang-bincang tentang hal tersebut?"

Kerja:

"Coba mba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa mba lakukan." "Bagus." "Nah, kalau mba sedang marah coba mba langsung **duduk dan tarik nafas dalam**. Jika tidak reda juga marahnya, **rebahkan badan** agar rileks. Jika tidak reda juga, **ambil air wudhu kemudian sholat**."

"Coba mba sebutkan lagi cara ibadah yang dapat mba lakukan bila mba merasa marah. Mba bisa melakukan sholat secara teratur untuk meredakan kemarahan atau ditambah dengan dzikir."

"Mari kita masukkan kegiatan ibadah pada jadwal kegiatan mba. Jam berapa mba akan sholat? Baik kita masukkan sholat dan dzikir (sesuai kesepakatan pasien)."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan mba setelah kita bercakap-cakap tentang cara yang keempat ini?" "Jadi sudah berapa cara mengontrol marah yang kita pelajari? Bagus! Coba mba ulangi kembali cara mengontrol perasaan marah dengan cara spiritual atau ibadah." "Bagus sekali! Saya harap mba melakukan latihan sesuai dengan jadwal yang telah diisi tadi dan menerapkan cara mengontrol perasaan marah jika mba merasa ingin marah. Obatnya juga tetap diminum sesuai jadwal." "Dua minggu lagi saya akan datang, nanti kita bicarakan apakah empat cara mengontrol rasa marah, yaitu dengan cara fisik: menarik nafas dalam dan memukul kasur atau bantal, patuh minum obat yang sudah mba dapat dari puskesmas, cara bicara yang baik, serta ibadah secara teratur dapat mengontrol perasaan marah mba? Saya akan lihat kemampuan mba dalam melakukan kegiatan yang sudah dibuat dalam jadwal ini, dan bagaimana perasaan mba setelah melakukannya. Mau jam berapa mba? Apakah seperti sekarang saja? Bagaimana kalau jam 10 ya?"

4. Pengkajian

Dengan menggunakan kasus fiktif yang ada pada praktikum ini, lakukanlah praktikum pemberian asuhan keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi dan dokumentasikanlah asuhan keperawatan yang telah Anda lakukan sesuai dengan format yang ada di bawah ini.

5. Analisis Data

Setelah data terkumpul langkah selanjutnya yaitu melakukan analisis data dan merumuskan masalah. Setelah Anda selesai melakukan pengkajian, Anda dapat langsung mengelompokkan data (subjektif, objektif) dan merumuskan masalah keperawatan.

| No. | Data | Masalah |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1. | Subjektif: Klien mengatakan pernah melempar barang-barang yang ada di rumahnya, klien mengatakan pernah memukul orang di sekitarnya. | Risiko perilaku kekerasan |

| No. | Data | Masalah |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| | Objektif: Klien tampak memandang orang lain dengan tatapan bermusuhan dan tampak gelisah. | |

POHON MASALAH

Risiko Perilaku Kekerasan



Masa



Causa Harga Diri Rendah

6. Menegakkan Diagnosis Keperawatan

Setelah Anda dapat membuat pohon masalah. Tegakkanlah diagnosis keperawatan. Berikut ini adalah langkah-langkah menegakkan diagnosis keperawatan.

- Menyimpulkan masalah utama yaitu masalah yang sedang dialami pasien saat ini yang mengganggu kehidupan pasien.
- Tentukan penyebab masalah utama.
- Menentukan akibat dari masalah utama.
- Buatlah daftar masalah yang lain.

7. Tindakan Keperawatan

Setelah data terkumpul Anda harus membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah pasien. Buatlah rencana asuhan keperawatan sesuai dengan format yang berada pada bab 5.

8. Implementasi dan Evaluasi

Tindakan keperawatan dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat melakukan pelayanan di poli kesehatan jiwa, ruangan rumah sakit jiwa atau puskesmas. terlebih dahulu perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien, dan melatih satu kemampuan yang dimiliki pasien untuk mengatasi masalah yang dialami pasien.

BAB IX
PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA
ISOLASI SOSIAL

Contoh Kasus:

Seorang wanita umur 32 tahun dirawat di ruang psikiatri rumah sakit jiwa. Klien tampak sering menyendiri dan tidak mau mengikuti kegiatan di ruangan. Bila dekat dengan teman saya tidak tau bagaimana saya harus ngobrol suster, apa yang dibicarakan dan dari mana mulainya saya takut ditertawakan suster. Pada saat pengkajian klien berbicara dengan suara lirih dan hampir tidak terdengar, kontak mata minimal klien lebih banyak menunduk sambil memainkan jari-jarinya dan terkadang mengigit kukunya.

Cara Penyelesaian

1. Membuat Laporan Pendahuluan

FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN

Contoh

Laporan Pendahuluan

1. Keluhan Utama

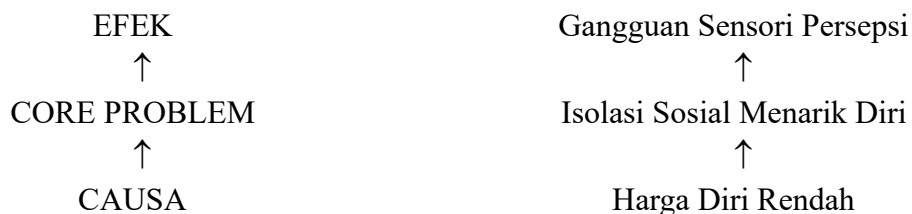
DO: Pasien sering menyendiri dan tidak mau mengikuti kegiatan di ruangan, berbicara dengan suara lirih dan hampir tidak terdengar, kontak mata minimal. Klien lebih banyak menunduk sambil memainkan jari-jarinya dan terkadang mengigit kukunya.

DS: Tidak mampu memulai pembicaraan ("tidak tau bagaimana saya harus ngobrol suster, apa yang dibicarakan dan dari mana mulainya saya takut ditertawakan suster").

2. Proses Terjadinya Masalah

(Baca kembali praktikum asuhan keperawatan pada pasien isolasi sosial)

POHON MASALAH



3. Masalah Keperawatan dan Data yang Perlu Dikaji

- a. Faktor predisposisi dan presipitasi
- b. Kemampuan pasien berinteraksi dengan lingkungan sosial

4. Diagnosis Keperawatan

Isolasi sosial

5. Membuat Strategi Pelaksanaan

Pergunakanlah kasus di atas dan isilah format strategi pelaksanaan tindakan keperawatan di bawah ini.

FORMAT STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa :

NIM :

Nama Pasien :

Ruangan :

No. RM :

Hari, Tanggal :

Pertemuan ke- :

Proses Keperawatan

1. Kondisi pasien

Data Subjektif

Data Objektif

2. Diagnosis keperawatan

3. Tujuan keperawatan

Strategi Komunikasi Terapeutik

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

b. Memperkenalkan diri

c. Evaluasi/validasi tindak lanjut pada pertemuan sebelumnya

d. Membuat/memvalidasi kontrak (topik, waktu, tempat)

2. Kerja

3. Terminasi

- a. Evaluasi perasaan pasien setelah berbincang-bincang.
- b. Evaluasi kemampuan pasien.
- c. Tindak lanjut.
- d. Kontrak untuk pertemuan selanjutnya (topik, waktu, tempat).

Contoh Strategi Pelaksanaan

Anda bisa melakukan latihan strategi pelaksanaan di bawah ini dengan teman Anda. Saat ini Anda berperan sebagai seorang perawat jiwa dan teman Anda berperan sebagai pasien dengan isolasi sosial. Jika Anda sudah merasa mampu melakukan peran tersebut, maka bertukar peranlah dengan teman Anda.

Strategi Pelaksanaan Komunikasi pada Pertemuan Pertama

Orientasi:

"Selamat pagi Ibu, Saya Nurhalimah perawat ruangan Andalas Nama Ibu siapa? Senang dipanggil apa?" "Bagaimana perasaan Ibu Rina hari ini?" "Baiklah, sekarang kita akan diskusi tentang bagaimana hubungan Ibu dengan pasien di ruangan ini. Berapa lama kita mau berdiskusi? Mau di mana?"

Kerja:

"Dengan siapa Ibu tinggal serumah? Siapa yang paling dekat? Apa yang menyebabkan ibu dekat dengan orang tersebut? Siapa anggota keluarga dan teman yang ibu merasa tidak dekat? Apa yang membuat Ibu tidak dekat dengan orang lain? kalau di ruangan ini, siapa yang paling dekat dengan ibu atau siapa yang sering bercakap-cakap dengan ibu? Mengapa ibu dekat dengan mereka? Apa saja kegiatan yang biasa Ibu lakukan saat bersama keluarga? Bagaimana dengan teman-teman yang lain? Kalau di ruangan ini kegiatan apa yang ibu lakukan bersama teman-teman lain."

"Apakah ada pengalaman yang tidak menyenangkan ketika bergaul dengan orang lain?" "Apa yang menghambat Ibu dalam berteman atau bercakap-cakap dengan orang lain?" "Menurut Ibu apa saja keuntungannya kalau kita mempunyai teman? Wah benar, ada teman bercakap-cakap. Apa lagi? (tunggu hingga pasien dapat menyebutkan beberapa keuntungan dari bergaul dengan orang lain) Nah kalau kerugiannya tidak mempunyai teman apa ya Bu? Ya, apa lagi? (tunggu sampai pasien dapat menyebutkan beberapa kerugian berteman) Jadi banyak juga ruginya tidak punya teman ya. Kalau begitu inginkah Ibu belajar bergaul dengan orang lain? Nah untuk memulainya sekarang ibu latihan berkenalan dengan saya dahulu."

"Begini lho Bu, untuk berkenalan dengan orang lain kita sebutkan dulu nama kita dan nama panggilan yang kita sukai. Contoh: Nama Saya Bu Rina, senang dipanggil Rina." "Selanjutnya Ibu menanyakan nama orang yang diajak berkenalan. Contohnya begini: Nama Bapak/Ibu

siapa? Senang dipanggil apa? Ayo Bu dicoba! Misalnya saya belum kenal dengan Ibu. Coba berkenalan dengan saya!"

"Ya bagus sekali! Coba sekali lagi. Bagus sekali." "Setelah Ibu berkenalan dengan orang tersebut Ibu bisa melanjutkan percakapan tentang hal-hal yang menyenangkan Misalnya tentang makanan, tentang hobi, tentang keluarga, pekerjaan dan sebagainya. Nah, bagaimana kalau sekarang kita latihan bercakap-cakap dengan teman di sebelah kita? (dampingi pasien saat bercakap-cakap)"

Terminasi:

"Bagaimana perasaan Ibu setelah latihan berkenalan ini?" "Coba Ibu peragakan lagi cara berkenalan dengan orang lain!"

"Baik bu, dalam satu hari mau berapa kali ibu berlatih bercakap-cakap dengan teman satu ruangan? Dua kali? Baiklah jam berapa ibu akan latihan. Ini ada jadwal kegiatan, kita isi jam 13.00 dan 16.00 kegiatan ibu adalah bercakap-cakap dengan teman di ruangan ini ya bu. Jika ibu melakukannya sendiri tanpa diingatkan ibu tulis M (mandiri), jika masih harus diingatkan tulis B (Bantuan), dan jika ibu tidak melakukan ditulis T (tergantung). Kita mulai dari besok yah bu...tanggal 25 Juni 2015." "Nanti siang setelah jam makan saya kemari lagi. Kita akan berbincang-bincang tentang pengalaman Ibu bercakap-cakap dengan teman-teman baru dan latihan bercakap-cakap dengan topik hobi ya bu. Waktunya seperti sekarang ini. Tempatnya di sini saja. Selamat pagi Bu."

Melatih Pasien Berinteraksi Secara Bertahap (Pasien dengan 2 orang lain), latihan bercakap-cakap saat melakukan 2 kegiatan harian.

Orientasi:

"Selamat siang Ibu Rina, Bagaimana perasaan hari ini? Apakah masih ada perasaan kesepian, bagaimana semangatnya untuk bercakap-cakap dengan teman seruangan ini? Apakah sudah mulai berkenalan dengan orang lain? Bagaimana perasaan setelah mulai berkenalan? Baiklah sesuai dengan janji kita tadi pagi, hari ini kita akan latihan bagaimana berkenalan dan bercakap-cakap dengan 2 orang lain, agar Ibu semakin banyak teman. Berapa lama kita bercakap-cakap? Di mana tempatnya Bu?"

Kerja:

"Baiklah hari ini saya datang bersama dua orang suster ruangan lain, ibu bisa memulai berkenalan... Apakah ibu masih ingat bagaimana caranya?... Nah....silahkan ibu mulai.....Wah...bagus sekali, selain nama, alamat, hobby, apakah ada yang ingin ibu ketahui tentang suster Ani dan Suster Ratni?.... Wah bagus sekali. Nah Bu, apa kegiatan yang biasa ibu lakukan pada jam ini? Tidak ada? Bagaimana kalau kita mengikuti kegiatan di ruangan ini."

"Menyapu ruangan, karena habis makan siang khan? Sambil menyapu ibu bisa bercakap-cakap dengan pasien satu ruangan ibu....mari bu. Apa yang ingin Ibu bincangkan dengan lastri...Oh tentang menu makan siang tadi ya... silahkan bu....Coba ibu tanya apa yang menyebabkan Lastri menghabiskan makan siang hari ini dan mengapa lastri senang melakukan kegiatan di

ruangan ini? silahkan bu, apa lagi yang ingin ibu bincangkan silahkan.... Oke, sekarang sudah selesai menyapu, bagaimana kalau sekarang ibu bersama pasien yang lain mengikuti kegiatan lain sambil bercakap-cakap yah bu."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan Ibu setelah berkenalan dengan suster di ruangan ini dan bercakap-cakap dengan lastri sambil menyapu dan mengikuti kegiatan bersama? Coba ibu sebutkan kembali bagaimana caranya berkenalan? Bagaimana mana jika ditambahkan lagi di jadwal kegiatan ibu, kegiatan berkenalan atau bercakap-cakap setiap mencuci piring bersama pasien lain? Mau jam berapa ibu latih? Oh ya sesuai jadwal yang telah kita buat tadi ya bu? Lusa yaitu hari Rabu, jam 15.00 saya akan datang lagi untuk mendampingi ibu berkenalan dengan 4 orang lain dan latihan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan harian lain, selamat siang Bu."

Melatih Pasien Berinteraksi Secara Bertahap (Pasien dengan 4-5 orang), latihan bercakap-cakap saat melakukan 2 kegiatan harian baru

Orientasi:

"Selamat pagi Ibu Rina, Bagaimana perasaannya hari ini? Apakah masih ada perasaan kesepian? Apakah ibu sudah bersemangat bercakap-cakap dengan orang lain? Apa kegiatan yang dilakukan sambil bercakap-cakap? Bagaimana dengan jadwal berkenalan dan bercakap-cakapnya, apakah sudah dilakukan? Bagus. Sesuai dengan janji kita kemarin, hari ini saya akan mendampingi ibu berkenalan atau bercakap-cakap dengan teman di ruangan rehabilitasi, serta bercakap-cakap dengan anggota keluarga saat mereka menjenguk ibu. Berapa lama kita diskusi? Tempatnya di mana bu?"

Kerja:

"Baiklah bu, bagaimana jika kita menuju ke ruang rehabilitasi untuk belajar menjahit disana disana ada lima orang? bagaimana jika kita berangkat sekarang?... Apakah ibu sudah siap bergabung dengan banyak orang? Nah bu, sesampainya disana, ibu langsung bersalaman dan memperkenalkan diri seperti yang sudah kita pelajari, ibu bersikap biasa saja dan yakin bahwa orang-orang disana senang dengan kedatangan ibu... Baik bu.... kita berangkat sekarang.... (selanjutnya perawat mendampingi pasien di kegiatan kelompok, sampai dengan kembali ke ruangan). Nah bu, sekarang kita latihan bercakap-cakap dengan anggota lain saat ibu melakukan kegiatan menjahit."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan ibu setelah berkenalan dan bercakap-cakap dengan pasien lain sambil mengikuti kegiatan menjahit bu? Apa pengalaman yang menyenangkan ketika berada dalam kelompok? Adakah manfaatnya kita bergabung dengan orang banyak? Baiklah bu, selanjutnya ibu bisa terus menambah orang yang ibu kenal. Atau ibu bisa ikut kegiatan lain di ruangan ini. Jadwal bercakap-cakap setiap pagi saat merapihkan kamar kita cantumkan di jadwal ibu yah.... Setiap jam berapa ibu akan berlatih? Baiklah bu, saya pamit dahulu, minggu depan saya akan kembali datang untuk mendampingi ibu dalam melakukan bincang-bincang saat bertemu pasien baru. Selamat pagi bu..."

Mengevaluasi kemampuan berinteraksi. Melatih cara bicara saat melakukan kegiatan sosial.

Orientasi:

"Selamat pagi Bu Rina.... Bagaimana perasaannya hari ini? Masih ada perasaan kesepian, rasa enggan bicara dengan orang lain? Bagaimana dengan kegiatan hariannya sudah dilakukan? Dilakukan sambil bercakap-cakap kan Bu? Sudah berapa orang baru yang ibu kenal? Dengan pasien dari kamar sebelah bagaimana? Dengan teman saat mengikuti kegiatan di ruang rehabilitasi Apakah sudah bercakap-cakap juga. Bagaimana perasaannya setelah melakukan semua kegiatan? Wah...ibu memang luar biasa. Baiklah bu, sesuai dengan janji saya kemarin, hari ini saya akan mendampingi ibu dalam berkenalan dengan pasien ruangan sebelah atau latihan berbicara saat melakukan kegiatan berapa lama bu?"

Kerja:

"Baiklah apakah ibu sudah mempunyai teman di ruangan sebelah Baik Mari bu kita berangkat. Nah bu, caranya pertama-tama ibu ucapkan salam untuk ibu Siti, setelah itu ibu bertanya pada ibu Siti apakah hobi dan kegiatan yang ada di ruangan ini, jika ada pertanyaan dari ibu Siti ibu jawab yah. Setelah selesai, Ibu ucapkan terima kasih pada bu Siti... Nah. sekarang silahkan ibu mulai. (perawat mendampingi pasien)"

Terminasi:

"Bagaimana perasaan ibu setelah bercakap-cakap dan melakukan aktivitas? Apa pengalaman yang menyenangkan? Baiklah bu, selanjutnya ibu bisa terus menambah orang yang ibu kenal dan melakukan kegiatan lain di rumah sakit ini. Saya rasa untuk selanjutnya ibu dapat melakukannya sendiri. Selamat pagi bu."

4. Pengkajian

Dengan mempergunakan kasus fiktif 1 yang ada pada Modul Bahan Ajar Cetak Praktikum ini. Lakukanlah praktikum pemberian asuhan keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi dan dokumentasikanlah asuhan keperawatan yang telah saudara lakukan sesuai dengan format yang ada di bawah ini. Lakukanlah praktikum bersama teman Anda. Satu orang berperan sebagai perawat jiwa dan lainnya berperan sebagai pasien dengan Isolasi Sosial, lakukanlah pergantian peran pada latihan selanjutnya.

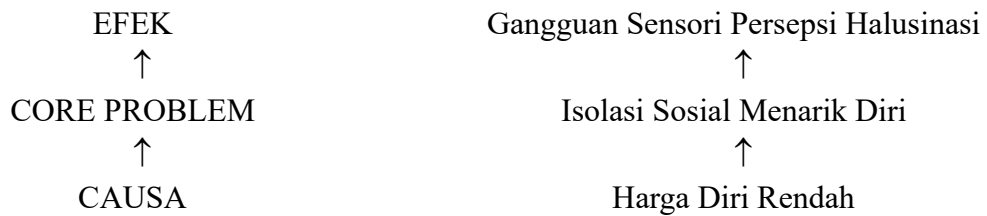
5. Analisis Data

Contoh: Analisis Data dan Masalah

| Data | Masalah |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Subyektif: <ul style="list-style-type: none">• Saya tidak mau bergaul dengan orang lain suster karena saya berbeda dengan mereka | Isolasi sosial menarik diri |

| Data | Masalah |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Saya senang sendiri suster • Sendiri lebih enak suster ga ada yang mengganggu <p>Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak pernah mau bergaul dengan pasien lain • Tidak mau mengikuti kegiatan di ruangan Lebih banyak menyendiri • Tidak memiliki teman di ruangan | |

POHON MASALAH



6. Menegakkan Diagnosis Keperawatan

Setelah Anda dapat membuat pohon masalah. Tegakkanlah diagnosis keperawatan. Berikut ini adalah langkah-langkah menegakkan diagnosis keperawatan.

- Menyimpulkan masalah utama yaitu masalah yang sedang dialami pasien saat ini yang mengganggu kehidupan pasien.
- Tentukan penyebab masalah utama.
- Menentukan akibat dari masalah utama.
- Buatlah daftar masalah yang lain.

7. Tindakan Keperawatan

Setelah data terkumpul Anda harus membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah pasien. Buatlah rencana asuhan keperawatan sesuai dengan format yang berada pada bab 5.

8. Implementasi dan Evaluasi

Tindakan keperawatan dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat melakukan pelayanan di poli kesehatan jiwa, ruangan rumah sakit jiwa atau puskesmas. terlebih dahulu perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien, dan melatih satu kemampuan yang dimiliki pasien untuk mengatasi masalah yang dialami pasien.

BAB X

PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA DEFISIT PERAWATAN DIRI

Contoh Kasus:

Nn B usia 28 tahun bekerja sebagai sekretaris pada perusahaan internasional. Satu bulan yang lalu pasien di PHK karena perusahaannya bangkrut. Hasil pengkajian **Penampilan pasien tampak tidak rapih, berbau dan rambut acak-acakan. Gigi klien kotor dan kuning, rambut banyak ketombe berminyak dan tidak rapih.** Pasien sering **BAB dan BAK di sembarang tempat dan tidak pernah cebok setelah itu.** Penggunaan pakaian pasien pun **tidak sesuai, menggunakan pakaian berlapis-lapis.**

Cara Penyelesaian

1. Membuat Laporan Pendahuluan

FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN

Contoh

Laporan Pendahuluan

| |
|---------------------------------------------------------|
| Keluhan Utama |
| Respon Terjadinya Masalah |
| Pohon Masalah |
| Masalah Keperawatan dan Data yang Perlu Dikaji |
| Rencana Tindakan Keperawatan |

2. Membuat Strategi Pelaksanaan

Pergunakanlah kasus di atas dan isilah format strategi pelaksanaan tindakan keperawatan di bawah ini.

FORMAT STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa :

NIM :

Nama Pasien :

Ruangan :

No. RM :

Hari, Tanggal :

Pertemuan ke- :

Proses Keperawatan

1. Kondisi pasien

Data Subjektif

Data Objektif

2. Diagnosis keperawatan

3. Tujuan keperawatan

Strategi Komunikasi Terapeutik

1. Orientasi

- a. Salam terapeutik
- b. Memperkenalkan diri
- c. Evaluasi/validasi tindak lanjut pada pertemuan sebelumnya
- d. Membuat/memvalidasi kontrak (topik, waktu, tempat)

2. Kerja

3. Terminasi

- a. Evaluasi perasaan pasien setelah berbincang-bincang.
- b. Evaluasi kemampuan pasien.
- c. Tindak lanjut.
- d. Kontrak untuk pertemuan selanjutnya (topik, waktu, tempat).

Strategi Pelaksanaan

Melatih Cara Melakukan Perawatan Diri

Orientasi:

"Selamat pagi Nina, bagaimana perasaannya hari ini? Apakah Nina sudah mandi? Bagaimana kalau saat ini kita mendiskusikan tentang kebersihan diri, berapa lama kita bicara Nina? Baiklah 30 menit yah, tempatnya mau di mana?"

Kerja:

Masalah kebersihan diri

"Nina, Berapa kali Nina mandi dalam sehari? Menurut Nina apa kegunaannya mandi? Apa alasan Nina sehingga tidak bisa merawat diri? Menurut Nina apa manfaatnya kalau kita menjaga kebersihan diri? Kira-kira tanda-tanda orang yang merawat diri dengan baik seperti apa? Kalau kita tidak teratur menjaga kebersihan diri masalah apa menurut Nina yang bisa muncul?" "Sekarang apa saja alat untuk menjaga kebersihan diri, seperti kalau kita mau mandi, cuci rambut, gosok gigi apa saja yang perlu dipersiapkan? Benar sekali.. Nina perlu menyiapkan pakaian ganti, handuk, sikat gigi, shampoo dan sabun serta sisir. Wah bagus sekali, Nina bisa menyebutkan dengan benar."

Masalah berdandan untuk pasien wanita

"Apa yang Nina lakukan untuk merawat rambut dan muka? Kapan saja Nina menyisir rambut? Bagaimana dengan bedakan? Apa maksud atau tujuan sisiran dan berdandan?" "Jadi bisakah Nina sebutkan alat yang digunakan untuk berdandan? Betul, sisir, bedak, lipstik dll. Ya Bagus sekali."

Identifikasi masalah berdandan untuk pasien laki-laki

"Berapa kali Tono cukuran dalam seminggu? Kapan Tono cukuran terakhir? Apa gunanya cukuran? Wah luar biasa yah Tono bisa menyebutkan dengan benar."

Identifikasi masalah Makan/minum

"Berapa kali makan sehari? Iya makan tiga kali per hari. Kalau minum sehari berapa gelas? Betul, minum minimal 10 gelas per hari. Apa saja persiapan makan? Di mana tempat Nina makan? Bagaimana cara makan yang baik? Apa yang dilakukan sebelum makan? Apa pula yang dilakukan setelah makan?"

Identifikasi masalah BAB dan BAK

"Berapa kali Nina BAB per hari? Kalau BAK berapa kali? Di mana biasanya Nina buang air besar/buang air kecil? Bagaimana membersihkannya? Kita sudah bicara tentang kebersihan diri, berdandan, berpakaian, makan/minum, BAB dan BAK. Sekarang bisakah Nina cerita bagaimana cara melakukan mandi, keramas dan gosok gigi? Ya benar, Nina bisa siram seluruh tubuh Nina termasuk rambut lalu ambil shampoo gosokkan pada kepala Nina sampai berbusa lalu bilas sampai bersih. bagus sekali.. Selanjutnya ambil sabun, gosokkan di seluruh tubuh secara merata lalu siram dengan air sampai bersih, jangan lupa sikat gigi pakai odol.. giginya disikat mulai dari arah atas ke bawah. Gosok seluruh gigi Nina. mulai dari depan sampai

belakang.. Bagus, lalu kumur-kumur sampai bersih. Terakhir siram lagi seluruh tubuh Nina. sampai bersih lalu keringkan dengan handuk. Nina bagus sekali melakukannya."

"Selanjutnya Nina pasang baju dan sisir rambutnya dengan baik. Kalau mandi yang paling baik sehari berapa kali Nina? Ya, mandi sehari 2 kali, , sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu) Nah yang tadi kita sudah kerjakan itu dimasukkan ke dalam jadwal yah Nina, Jam berapa Nina mandi, cuci rambut, gosok gigi, sesuai dengan yang sudah kita bicarakan tadi. Nah mari kita latihan mandi dan berdandan. Bimbing pasien langkah dan berikan semangat dan pujian."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan Nina setelah kita mendiskusikan tentang pentingnya kebersihan diri, manfaat dan alat serta cara melakukan kebersihan diri? Sekarang coba Nina ulangi lagi tanda-tanda bersih dan rapi? apa saja alat untuk menjaga kebersihan diri, bagaimana cara menjaga kebersihan diri? Bagus sekali yah Nina sudah menjawabnya dengan benar. Bagaimana perasaannya setelah mandi? Coba lihat dicerminkan, lebih bersih dan segar ya? Nanti jangan lupa yah, Nina melakukan mandi, keramas, gosok gigi dan gunting kuku sesuai dengan jadwal yang Nina sudah tulis, mandi sehari 2 kali, , sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu). Kapan kita ketemu lagi Nina? Bagaimana kalo hari Jumat? Karena Kita akan bicara tentang cara berdandan. Tempatnya dimana Nina? Baiklah Nina hari Jumat, selamat pagi Nina."

4. Pengkajian

Dengan menggunakan kasus fiktif yang ada pada praktikum ini, lakukanlah praktikum pemberian asuhan keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi dan dokumentasikanlah asuhan keperawatan yang telah Anda lakukan sesuai dengan format yang ada di bawah ini.

5. Analisis Data

Setelah data terkumpul langkah selanjutnya yaitu melakukan analisis data dan merumuskan masalah. Setelah Anda selesai melakukan pengkajian, Anda dapat langsung mengelompokkan data (subjektif, objektif) dan merumuskan masalah keperawatan.

| No. | Data | Masalah |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1. | <p>Subjektif:</p> <p>Klien mengatakan belum mandi, tidak menyiram dan membersihkan diri setelah BAB dan BAK.</p> <p>Objektif:</p> <p>Klien tampak tidak rapi, pakaian kotor, rambut kotor dan acak-acakan, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor, pakaian tidak sesuai.</p> | <p>Defisit Perawatan Diri</p> |

POHON MASALAH



6. Menegakkan Diagnosis Keperawatan

Setelah Anda dapat membuat pohon masalah. Tegakkanlah diagnosis keperawatan. Berikut ini adalah langkah-langkah menegakkan diagnosis keperawatan.

- Menyimpulkan masalah utama yaitu masalah yang sedang dialami pasien saat ini yang mengganggu kehidupan pasien.
- Tentukan penyebab masalah utama.
- Menentukan akibat dari masalah utama.
- Buatlah daftar masalah yang lain.

7. Tindakan Keperawatan

Setelah data terkumpul Anda harus membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah pasien. Buatlah rencana asuhan keperawatan sesuai dengan format yang berada pada bab 5.

8. Implementasi dan Evaluasi

Tindakan keperawatan dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat melakukan pelayanan di poli kesehatan jiwa, ruangan rumah sakit jiwa atau puskesmas. terlebih dahulu perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien, dan melatih satu kemampuan yang dimiliki pasien untuk mengatasi masalah yang dialami pasien.

BAB XI
PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA
HALUSINASI

Contoh Kasus:

Nn N usia 28 tahun bekerja sebagai sekretaris pada perusahaan internasional. Satu bulan yang lalu pasien di PHK karena perusahaannya bangkrut. Hasil pengkajian didapatkan data pasien tampak **murung, tidak mau makan apa yang disajikan**. Menurut pasien makanan yang disajikan sudah diracun karena pasien **mendengar suara-suara ada orang yang akan membunuhnya** dengan memberikan racun di makanan. **Penampilan pasien tampak tidak rapih, berbau dan rambut acak-acakan**. Pasien nampak sering **tertawa-tawa sendiri, bercakap-cakap sendiri** tanpa ada orang lain di sekitarnya. Terkadang pasien **tiba-tiba marah tanpa sebab**. Pasien sering **menyendiri** di sudut ruangan atau mondar mandir tanpa tujuan. Pada saat interaksi pasien banyak **menunduk, kontak mata minimal, mudah beralih dan suara keras serta tinggi**.

Cara Penyelesaian

1. Membuat Laporan Pendahuluan

FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN

Contoh

Laporan Pendahuluan

| |
|---------------------------------------------------------|
| Keluhan Utama |
| Respon Terjadinya Masalah |
| Pohon Masalah |
| Masalah Keperawatan dan Data yang Perlu Dikaji |
| Rencana Tindakan Keperawatan |

2. Membuat Strategi Pelaksanaan

Pergunakanlah kasus di atas dan isilah format strategi pelaksanaan tindakan keperawatan di bawah ini.

FORMAT STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa :

NIM :

Nama Pasien :

Ruangan :

No. RM :

Hari, Tanggal :

Pertemuan ke- :

Proses Keperawatan

1. Kondisi pasien

Data Subjektif

Data Objektif

2. Diagnosis keperawatan

3. Tujuan keperawatan

Strategi Komunikasi Terapeutik

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

b. Memperkenalkan diri

c. Evaluasi/validasi tindak lanjut pada pertemuan sebelumnya

d. Membuat/memvalidasi kontrak (topik, waktu, tempat)

2. Kerja

3. Terminasi

a. Evaluasi perasaan pasien setelah berbincang-bincang.

b. Evaluasi kemampuan pasien.

c. Tindak lanjut.

d. Kontrak untuk pertemuan selanjutnya (topik, waktu, tempat).

Strategi Pelaksanaan

Fase Orientasi

"Assalamualaikum Nina, saya perawat yang akan merawat Nina. Nama Saya ..., senang dipanggil... Seminggu sekali saya akan kemari. Bagaimana perasaan Nina hari ini? Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang mengganggu dan cara mengontrol suara-suara tersebut? Di mana kita duduk? Di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit?"

Fase Kerja Pertemuan 1 Mengenal Halusinasi dan Mengontrol Halusinasi dengan Menghardik

"Apakah Nina mendengar suara tanpa ada wujudnya? Saya percaya Nina dengar dan saya sendiri tidak mendengarnya. Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering Nina dengar suara? berapa kali sehari Nina alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri? Apa yang Nina rasakan pada saat mendengar suara itu? Bagaimana perasaan Nina saat mendengar suara itu? Dan apa yang Nina lakukan? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Apa yang Nina alami itu dinamakan **Halusinasi**. Ada empat cara untuk mengontrol halusinasi yaitu **menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas**. Bagaimana kalau kita latih satu cara dulu? Yaitu dengan **menghardik**? Bagaimana kalau kita mulai ya! Begini suster akan mempraktekkan dahulu baru nanti Nina mempraktekkan kembali apa yang suster telah lakukan. Begini Nina! Jika suara itu muncul katakan dengan keras **pergi kamu...pergi.... saya tidak mau dengar kamu suara palsu** sambil menutup kedua telinga Nina. Seperti ini ya Nina! coba sekarang Nina ulangi lagi seperti yang suster lakukan dan peragakan tadi. Bagus sekali Nina."

Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Nina setelah kita bercakap-cakap untuk mengontrol suara-suara? Coba sebutkan! Bagus (jika benar) jadwal berlatih kita buat yaitu jam 07.00, 13.00 dan 19.30 pada jadwal kegiatan Nina. Jangan lupa Nina harus latihan jika tiba waktu latihan. Minggu depan kita akan bertemu lagi untuk melihat kemampuan nina mengontrol halusinasi ya dan kita akan berlatih cara kedua yaitu manfaat minum obat. Mau jam berapa? bagaimana kalau jam 10.00? Sampai jumpa Wassalamualaikum?"

Pertemuan Ke 2 Patuh Obat

Fase Orientasi

"Assalamualaikum Nina! Bagaimana perasaan Nina Hari ini? Apakah halusinasinya masih ada? Apakah Nina telah melakukan apa yang telah kita pelajari dua hari yang lalu? Bagaimana apakah dengan menghardik suara-suara yang Nina dengar berkurang? Bagus sekarang coba praktekkan pada suster bagaimana Nina melakukannya bagus sekali. Coba sekarang perlihatkan pada suster jadwal kegiatan latihan menghardik yang Nina lakukan bagus sekali. Baiklah pada hari ini kita akan belajar cara kedua dari 4 cara mengendalikan suara-suara yang

muncul yaitu **cara minum obat yang benar**. Kita akan berlatih selama setengah jam di sini setuju Nina?"

Fase Kerja

"Nina, dokter memberikan obat untuk Nina. Sekarang saya akan menjelaskannya pada Nina. Ini ada tiga macam obatnya: yang warna orange namanya **Chlorpromasin (CPZ)** minumnya 3 kali sehari gunanya supaya tenang dan berkurang rasa marah dan mondar mandirnya. Yang putih namanya **triheksipenidil (THP)** minumnya 3 kali sehari gunanya supaya relaks dan tidak kaku, satu lagi yang warnanya merah jambu namanya **haloperidol (HP)** gunanya untuk menghilangkan suara-suara diminum tiga kali sehari juga. Ketiga obat tadi diminum pada jam **07.00, 13.00 dan 19.30**. Kalau suara-suara sudah hilang obatnya tidak boleh dihentikan karena kadarnya harus stabil dalam tubuh. Penurunan dosis atau penghentian obat ditentukan oleh dokter, kalau obat tidak teratur, Nina dapat kambuh dan perlu waktu lagi untuk pemulihan."

"Kalau obat habis Nina bisa kontrol ke puskesmas untuk mendapatkan obat lagi. Untuk itu dua hari sebelum obat habis diharapkan Nina sudah kontrol. Nina juga harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, pastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya Nina. Jangan keliru dengan obat milik orang lain. Baca nama kemasannya. Pastikan obat diminum pada waktunya dengan cara yang benar yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnya. Nina juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum. Upayakan minum 2 liter per hari agar manfaat obatnya optimal. Bila nanti setelah minum obat mulut Nina terasa kering, untuk membantu mengatasinya Nina bisa mengisap-isap es batu. Bila Nina merasa mata berkunang-kunang, Nina sebaiknya istirahat dan jangan beraktivitas dulu, dan harus cukup minum 10 gelas air putih sehari. Sekarang kita masukkan waktu minum obatnya ke dalam jadwal ya."

Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Nina setelah kita bercakap-cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mengontrol suara-suara? Coba sebutkan! Bagus (jika benar) jadwal minum obat sudah kita buat yaitu jam 07.00, 13.00 dan 19.30 pada jadwal kegiatan Nina. Jangan lupa Nina minta obat pada keluarga jika tiba waktu minum obat. Minggu depan kita akan bertemu lagi untuk melihat manfaat minum obat dan berlatih cara ketiga untuk mengontrol suara-suara atau halusinasi Nina yaitu dengan **bercakap-cakap dengan anggota keluarga**. Mau jam berapa? bagaimana kalau jam 10.00? Sampai jumpa Wassalamualaikum."

4. Pengkajian

Dengan menggunakan kasus fiktif yang ada pada praktikum ini, lakukanlah praktikum pemberian asuhan keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi dan dokumentasikanlah asuhan keperawatan yang telah Anda lakukan sesuai dengan format yang ada di bawah ini.

5. Analisis Data

Setelah data terkumpul langkah selanjutnya yaitu melakukan analisis data dan merumuskan masalah. Setelah Anda selesai melakukan pengkajian, Anda dapat langsung mengelompokkan data (subjektif, objektif) dan merumuskan masalah keperawatan.

| No. | Data | Masalah |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1. | <p>Subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan mendengar suara-suara yang mengatakan ada orang yang akan membunuhnya. Pasien mengatakan mendengar suara orang yang mengatakan dirinya jelek.</p> <p>Objektif:</p> <p>Klien tampak bercakap-cakap sendiri. Klien tampak tertawa-tawa sendiri.</p> | Halusinasi |

POHON MASALAH



6. Menegakkan Diagnosis Keperawatan

Setelah Anda dapat membuat pohon masalah. Tegakkanlah diagnosis keperawatan. Berikut ini adalah langkah-langkah menegakkan diagnosis keperawatan.

- Menyimpulkan masalah utama yaitu masalah yang sedang dialami pasien saat ini yang mengganggu kehidupan pasien.
- Tentukan penyebab masalah utama.
- Menentukan akibat dari masalah utama.
- Buatlah daftar masalah yang lain.

7. Tindakan Keperawatan

Setelah data terkumpul Anda harus membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah pasien. Buatlah rencana asuhan keperawatan sesuai dengan format yang berada pada bab 5.

8. Implementasi dan Evaluasi

Tindakan keperawatan dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat melakukan pelayanan di poli kesehatan jiwa, ruangan rumah sakit jiwa atau puskesmas. terlebih dahulu perawat

mengidentifikasi masalah yang dialami pasien, dan melatih satu kemampuan yang dimiliki pasien untuk mengatasi masalah yang dialami pasien.

BAB XII

PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA WAHAM

Contoh Kasus:

Tn. S berusia 24 tahun dibawa oleh keluarganya ke Rumah Sakit Jiwa Menur karena sering **meracau dan mengaku bahwa dirinya sebagai seorang nabi atas utusan Tuhan**. Tn. S sering sekali tiba-tiba **berteriak** sehingga meresahkan warga sekitar. Ketika diajak berbicara Tn. S tampak sedikit **gelisah** dan **matanya selalu melotot**.

Cara Penyelesaian

1. Membuat Laporan Pendahuluan

FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN

Contoh

Laporan Pendahuluan

| |
|---------------------------------------------------------|
| Keluhan Utama |
| Respon Terjadinya Masalah |
| Pohon Masalah |
| Masalah Keperawatan dan Data yang Perlu Dikaji |
| Rencana Tindakan Keperawatan |

1. Membuat Strategi Pelaksanaan

Pergunakanlah kasus di atas dan isilah format strategi pelaksanaan tindakan keperawatan di bawah ini.

FORMAT STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa :

NIM :

Nama Pasien :

Ruangan :

No. RM :

Hari, Tanggal :

Pertemuan ke- :

Proses Keperawatan

1. Kondisi pasien

Data Subjektif

Data Objektif

2. Diagnosis keperawatan

3. Tujuan keperawatan

Strategi Komunikasi Terapeutik

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

b. Memperkenalkan diri

c. Evaluasi/validasi tindak lanjut pada pertemuan sebelumnya

d. Membuat/memvalidasi kontrak (topik, waktu, tempat)

2. Kerja

3. Terminasi

a. Evaluasi perasaan pasien setelah berbincang-bincang.

b. Evaluasi kemampuan pasien.

c. Tindak lanjut.

d. Kontrak untuk pertemuan selanjutnya (topik, waktu, tempat).

Strategi Pelaksanaan

Anda dapat melakukan strategi pelaksanaan di bawah ini dengan teman Anda, dengan masing-masing berperan sebagai perawat jiwa dan pasien dengan perilaku kekerasan. Jika Anda merasa sudah mampu melakukan peran tersebut, maka bertukar peranlah dengan teman Anda.

Fase Orientasi

Salam terapeutik

"Selamat pagi Mas. Perkenalkan nama saya ..., saya perawat, saya merawat Mas selama dirawat di sini. Nama mas siapa, senangnya dipanggil apa?"

Evaluasi / Validasi

"Bagaimana keadaannya hari ini? Apa yang anda rasakan saat ini?"

Kontrak:

- a) Waktu: "Hari ini kita akan berbincang-bincang kira-kira membutuhkan waktu ... menit. Bagaimana, Mas bisa?"
- b) Topik: "Bagaimana jika hari ini kita berbincang-bincang tentang perasaan dan pikiran Mas saat ini?"
- c) Tempat: "Mas ingin kita berbincang-bincang dimana? Bagaimana kalau disini saja?"

Fase Kerja

"Mas S, saya ingin tahu pengalaman Mas S dengan orang-orang yang dekat dengan Mas S. Kita mulai dari orang tua, bagus.....Bagaimana dengan lingkungan kerja dan sekolahan Mas S??"

"Sebelum berada di sini, apakah Mas S pernah mengalami kejadian-kejadian yang menimbulkan rasa takut, cemas, dan traumatik. Kejadian apa saja itu Mas??"

"Sampai sekarang, apakah ada kebutuhan dan harapan yang belum terpenuhi? Bagaimana anda mengatasi kebutuhan tak terpenuhi tersebut dengan kejadian traumatik yang terjadi??"

"Saat sebelum di sini dan sesudah di sini, apakah anda pernah mendengar suara-suara yang memerintah anda? Bagus."

"Apa yang Mas S rasakan saat Mas S menjadi sangat sakti?? Badan sakti Mas S dalam 1 hari bisa datang kapan saja? Saat apa saja? Dan berapa lama waktu sekali datang?"

"Saya mengerti Mas S merasa bahwa Mas S adalah seorang yang kuat yang bisa merobohkan bangunan, tapi sulit bagi saya untuk mempercayainya. Oleh sebab itu coba sekarang Mas S praktekkan robohkan pohon besar yang ada di depan ruang."

"Pengalaman tidak menyenangkan apa yang terjadi saat kekuatan anda muncul??"

"Saat kekuatan anda datang, banyak orang yang akan terluka karena anda, apa ini tidak merugikan?? Kalau merugikan Mas S harus segera mencari pertolongan untuk menolong Mas S."

"Hobby Mas S apa? saat akan marah, Mas S juga bila melakukan hobby Mas S agar kemarahan Mas S hilang."

"Hobby yang bisa di lakukan di sini kira-kira apa?" Bagaimana kalau Mas S memasukkan hobby Mas S ke dalam jadwal kegiatan harian Mas S??? Bagus!"

Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif: "Bagaimana perasaan anda sekarang setelah kita berbincang-bincang? Saya sangat senang karena Mas sudah bisa mengungkapkan perasaan dengan baik dan mau berteman dengan saya."
- b. Evaluasi Objektif: "Sekarang coba sebutkan pada saya, pengalaman yang menyenangkan Mas S, pengalaman tidak menyenangkan, dan hobby Mas S?"
- c. Rencana Tindak Lanjut: "Mas S, setelah kita berbincang-bincang ini nanti coba dilakukan ya jadwal kegiatan yang sudah kita buat bersama tadi, bagaimana?"
- d. Kontrak yang akan datang:
 - 1). Topik: "Sekian dulu ya Mas S, seperti janji kita di awal tadi kita hanya akan berbincang-bincang selama ... menit. Bagaimana jika besok pagi kita berbincang-bincang lagi?"
 - 2). Waktu: "Kira-kira jam berapa ya? Mas S ingin berapa lama?"
 - 3). Tempat: "Mas S ingin berbincang-bincang dimana? Bagaimana kalau disini saja? Sampai bertemu besok Mas S."

4. Pengkajian

Dengan menggunakan kasus fiktif yang ada pada praktikum ini, lakukanlah praktikum pemberian asuhan keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi dan dokumentasikanlah asuhan keperawatan yang telah Anda lakukan sesuai dengan format yang ada di bawah ini.

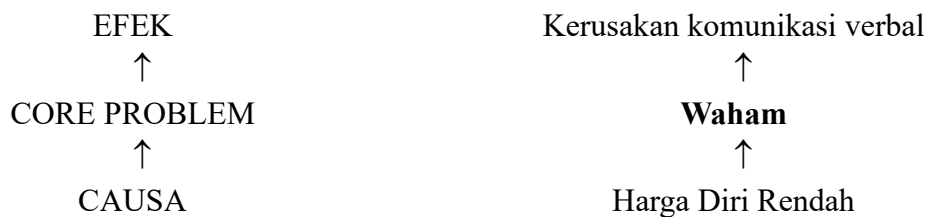
5. Analisis Data

Setelah data terkumpul langkah selanjutnya yaitu melakukan analisis data dan merumuskan masalah. Setelah Anda selesai melakukan pengkajian, Anda dapat langsung mengelompokkan data (subjektif, objektif) dan merumuskan masalah keperawatan.

| No. | Data | Masalah |
|------------|-------------|----------------|
| 1. | Subjektif: | Waham |

| No. | Data | Masalah |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| | Pasien mengatakan bahwa dirinya merupakan seorang nabi yang diutus oleh Tuhan. Objektif: Klien tampak bercakap-cakap sendiri. Klien tampak tertawa-tawa sendiri. | |

POHON MASALAH



6. Menegakkan Diagnosis Keperawatan

Setelah Anda dapat membuat pohon masalah. Tegakkanlah diagnosis keperawatan. Berikut ini adalah langkah-langkah menegakkan diagnosis keperawatan.

- a. Menyimpulkan masalah utama yaitu masalah yang sedang dialami pasien saat ini yang mengganggu kehidupan pasien.
- b. Tentukan penyebab masalah utama.
- c. Menentukan akibat dari masalah utama.
- d. Buatlah daftar masalah yang lain.

7. Tindakan Keperawatan

Setelah data terkumpul Anda harus membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah pasien. Buatlah rencana asuhan keperawatan sesuai dengan format yang berada pada bab 5.

8. Implementasi dan Evaluasi

Tindakan keperawatan dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat melakukan pelayanan di poli kesehatan jiwa, ruangan rumah sakit jiwa atau puskesmas. terlebih dahulu perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien, dan melatih satu kemampuan yang dimiliki pasien untuk mengatasi masalah yang dialami pasien.

BAB XIII

PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANSIETAS

Ansietas (kecemasan) adalah perasaan was-was, khawatir, takut yang tidak jelas atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang mengancam (Stuart, 2013). Penyebab ansietas yang paling banyak diantaranya adanya perubahan status kesehatan, penyakit fisik yang dialami (hipertensi, diabetes melitus, stroke, kanker), hospitalisasi, ancaman terhadap kematian. Tanda gejala ansietas meliputi klien merasa cemas, merasa takut akan pikiran sendiri, sulit berkonsentrasi, pusing, tidak nafsu makan, merasa tidak berdaya. Tanda gejala yang dapat kita lihat atau amati meliputi **gelisah, tampak tegang, sulit tidur, nadi cepat, jantung berdebar – debar / deg – degan, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, dan sering berkemih.**

Demonstrasikan dan kerjakanlah bersama teman-teman anda kasus fiktif 1. Kemudian lakukanlah dan kerjakanlah langkah-langkah praktikum berikut ini. Bermainlah peran untuk mempraktikkan kasus fiktif ini dengan teman Anda.

Latihan 1 (vignette, tugas, dan keterampilan yang diharapkan)

Seorang perempuan usia **35 th** dirawat di rumah sakit umum karena **susah BAB**, mengalami **wasir sejak 6 bulan yang lalu dan akan dilakukan operasi**. Hasil pengkajian pasien terlihat **gelisah, sulit tidur, TD 135 mmHg, RR 90x/menit, pucat**, mengatakan **takut dan khawatir** terhadap tindakan operasi yang akan dijalani.

Petunjuk Latihan

1. Buatlah laporan pendahuluan kasus di atas
2. Buatlah strategi pelaksanaan komunikasi untuk kasus di atas
3. Lakukan pengkajian
4. Lakukan analisis data
5. Buatlah pohon masalah
6. Rumuskan tindakan keperawatan
7. Lakukan evaluasi keperawatan
8. Lakukan dokumentasi keperawatan
9. Praktikkan latihan strategi pelaksanaan komunikasi untuk kasus di atas

Petunjuk Evaluasi Latihan

1. Membuat laporan pendahuluan. Langkah pertama, anda harus membuat laporan pendahuluan seperti format di bawah ini
 - a. Tuliskan keluhan pasien

b. Lengkapi dan buatlah proses terjadinya masalah yang terdiri dari faktor predisposisi dan presipitasi kasus

Bila anda mendapatkan kesulitan dalam membuat laporan pendahuluan, pelajari kembali modul pembelajaran/teori.

Contoh LP

Keluhan utama

Data Subyektif: pasien mengatakan takut dan khawatir terhadap tindakan operasi yang akan dijalani

Data Obyektif: riwayat wasir sejak 6 bulan yang lalu, akan dilakukan operasi, terlihat gelisah, sulit tidur, TD 135 mmHg, RR 90x/menit, pucat

Proses terjadinya masalah

a. Faktor predisposisi

- 1) Peristiwa traumatik, yang dapat memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu baik krisis perkembangan atau situasional.
- 2) Konflik emosional, yang dialami individu dan tidak terselesaikan dengan baik. Konflik antara id dan superego atau antara keinginan dan kenyataan dapat menimbulkan kecemasan pada individu.
- 3) Konsep diri terganggu akan menimbulkan ketidakmampuan individu berpikir secara realitas sehingga akan menimbulkan kecemasan.
- 4) Frustrasi akan menimbulkan rasa ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan yang berdampak terhadap ego.
- 5) Gangguan fisik akan menimbulkan kecemasan karena merupakan ancaman terhadap integritas fisik yang dapat mempengaruhi konsep diri individu.
- 6) Pola mekanisme koping keluarga atau pola keluarga menangani stress akan mempengaruhi individu dalam berespon terhadap konflik yang dialami karena pola mekanisme koping individu banyak dipelajari dalam keluarga.
- 7) Riwayat gangguan kecemasan dalam keluarga akan mempengaruhi respons individu dalam berespons terhadap konflik dan mengatasi kecemasannya.
- 8) Medikasi yang dapat memicu terjadinya kecemasan adalah pengobatan yang mengandung benzodiazepin, karena benzodiazepin dapat menekan neurotransmitter gamma amino butyric acid (GABA) yang mengontrol aktivitas neuron di otak yang bertanggung jawab menghasilkan kecemasan.

b. Faktor Presipitasi

1) Ancaman terhadap integritas fisik. Ketegangan yang mengancam integritas fisik yang meliputi:

- a) Sumber internal, meliputi kegagalan mekanisme fisiologis sistem imun, regulasi suhu tubuh, perubahan biologis normal (misalnya: hamil).
- b) Sumber eksternal, meliputi paparan terhadap infeksi virus dan bakteri, polutan lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi, tidak adekuatnya tempat tinggal.

2) Ancaman terhadap harga diri meliputi sumber internal dan eksternal.

- a) Sumber internal: kesulitan dalam berhubungan interpersonal di rumah dan tempat kerja, penyesuaian terhadap peran baru. Berbagai ancaman terhadap integritas fisik juga dapat mengancam harga diri.
- b) Sumber eksternal: kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok, sosial budaya.

2. Pengkajian

Lakukan pengkajian menggunakan kasus fiktif tersebut. Peran yang harus ditampilkan adalah satu mahasiswa berperan sebagai pasien, satu mahasiswa lainnya sebagai perawat. Format pengkajian terlampir.

3. Analisis Data

Langkah selanjutnya setelah data terkumpul, anda melakukan analisis data dan merumuskan masalah. Berikut contoh analisis data dan rumusan masalah kasus fiktif.

BAB XIV

PENUTUP

Keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berupaya meningkatkan dan mempertahankan perilaku pasien yang berperan pada fungsi yang terintegrasi. Sistem pasien atau klien dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi, atau komunitas (Stuart, 2007).

Modul ini bertujuan agar mahasiswa dapat melaksanakan keperawatan dengan masalah **HDR** (Harga Diri Rendah), **PK** (Perilaku Kekerasan), **Isolasi Sosial**, **DPD** (Defisit Perawatan Diri), **Halusinasi**, **Waham**, dan **Restrain**.

Setelah mempelajari kegiatan belajar praktik ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Melakukan pengkajian pada klien dengan HDR, PK, Isolasi Sosial, DPD, Halusinasi, Waham, dan Restrain.
2. Membuat analisa data berdasarkan hasil pengkajian klien dengan HDR, PK, Isolasi Sosial, DPD, Halusinasi, Waham, dan Restrain.
3. Menetapkan diagnosa Keperawatan klien dengan HDR, PK, Isolasi Sosial, DPD, Halusinasi, Waham, dan Restrain.
4. Membuat pohon masalah klien dengan HDR, PK, Isolasi Sosial, DPD, Halusinasi, Waham, dan Restrain.
5. Melakukan implementasi berdasarkan prioritas masalah klien dengan HDR, PK, Isolasi Sosial, DPD, Halusinasi, Waham, dan Restrain.
6. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien dengan HDR, PK, Isolasi Sosial, DPD, Halusinasi, Waham, dan Restrain.
7. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan prinsip **SOAP** (Subyektif, Obyektif, Analisa dan Planning) pada klien dengan HDR, PK, Isolasi Sosial, DPD, Halusinasi, Waham, dan Restrain.

Selain mampu melakukan asuhan keperawatan tersebut dan setelah menyelesaikan modul praktik klinik ini, diharapkan mampu membuat **Laporan Pendahuluan (LP)** dan membuat **Strategi Pelaksanaan (SP)** berdasarkan masalah utama (**Core Problem**) yang ditemukan pada kasus tersebut. Dua komponen ini perlu dipahami karena sangat membantu untuk mampu mempraktikkan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah HDR, PK, Isolasi Sosial, DPD, Halusinasi, Waham, dan Restrain serta meningkatkan kemampuan untuk mempraktikkan komunikasi terapeutik.

Mata kuliah ini membahas tentang konsep, teknik dan asuhan keperawatan jiwa pada klien sebagai individu, keluarga dan kelompok baik sehat sakit dan kegawatdaruratan.

Dengan menggunakan metode pembelajaran **SCL** (Student Center Learning): 1. Small Group Discussion (SGD); 2. Role-Play & Simulation; 3. Cooperative Learning (CL) 4. Project

Based Learning (PjBL) 5. Problem Based Learning (PBL) baik Daring maupun Luring di lakukan pelatihan praktik pada laboratorium kampus keperawatan soetomo Surabaya dengan beberapa permasalahan yaitu askep HDR, askep Isolasi Sosial, askep PK, askep DPD, askep Waham, dan Restrain, mahasiswa dapat memahami dan menyusun asuhan keperawatan sesuai dengan permasalahan setelah dilakukan praktikum pada laboratorium dengan bantuan, arahan serta pengawasan dari pembimbing kelompok jiwa.

Demikian modul pembelajaran yang telah disusun, semoga dapat memberikan informasi yang bermanfaat dan dapat membantu mahasiswa untuk mencapai kompetensi serta proses belajar mengajar dapat dicapai secara optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021–2023*. Thieme.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Pedoman Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Stuart, G. W. (2021). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (11th ed.). Elsevier.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2022). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (10th ed.). F.A. Davis.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-Mental Health Nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Mental Health and Substance Use: Key Strategies for Health Systems*. Geneva: WHO.



Kemenkes **Poltekkes Surabaya**

Kampus Keperawatan Sidoarjo
Jl. Pahlawan No. 173A
Sidoarjo