

**BP.UKI :ES-031-PPKJIWA-PK-V-2019**



**BUKU PEDOMAN PRAKTIK KLINIK  
KEPERAWATAN JIWA**

**Disusun oleh :**

**Ns.Erita, S.Kep.,M.Kep**

**Ns.Sri Hununwidiastuti,M.Kep.,Sp.Jiwa**

**Ns.Hasian Leniwita,S.Kep.,M.Kep**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
FAKULTAS VOKASI  
UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA  
JAKARTA  
2019**

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah memberikan kemudahan sehingga buku pedoman Praktik Klinik Keperawatan Jiwa Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia ini dapat selesai disusun.

Buku Praktik Klinik Keperawatan Jiwa ini merupakan alternatif sebagai pedoman atau rujukan bagi para dosen, pembimbing klinik dalam upaya pembekalan kepada mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia yang merupakan aset dalam pelaksanaan Praktik Klinik Keperawatan Jiwa di Rumah Sakit

Kepada semua pihak khususnya kepada Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPViKI) yang telah memfasilitasi dalam penyediaan buku pedoman Praktik Klinik ini disampaikan penghargaan dan terimakasih yang sebesar-besarnya.

Mohon masukan dan saran yang membangun untuk perbaikan pedoman Praktik Klinik ini dimasa mendatang. Semoga bermanfaat.

Jakarta, 14 Februari 2019

TIM PENYUSUN

## DAFTAR ISI

Halaman

### Modul 1 :

Praktek Klinik Asuhan Keperawatan Pada Pasien Psikososial: Ansietas, Gangguan Citra tubuh dan Kehilangan .....	4
Kegiatan Belajar Praktik Klinik 1 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kecemasan .....	12
Penilaian Praktik Klinik .....	34
Format Asuhan Keperawatan Psikososial .....	40

### Modul 2

Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan, Harga Diri Rendah, Halusinasi, Isolasi Sosial, Defisit Perawatan Diri dan Terapi Aktivitas Kelompok .....	51
Kegiatan Praktik Klinik 1 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Jiwa .....	59
Kegiatan Praktik Klinik 2 Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) .....	66
Format Asuhan Keperawatan Jiwa .....	75
Penilaian Ujian Praktek Klinik Keperawatan Jiwa .....	101
Pedoman Penilaian Ujian Praktek Klinik Keperawatan Jiwa.....	103
Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan .....	105

## MODUL 1 :

### **PRAKTEK KLINIK ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PSIKOSOSIAL: ANSIETAS, GANGGUAN CITRA TUBUH DAN KEHILANGAN**

#### PENDAHULUAN

Selamat untuk Anda dan semoga sukses selalu menyertai Anda. Anda telah mampu menyelesaikan seluruh materi pembelajaran teori dan praktikum pada mata kuliah Asuhan Keperawatan Jiwa masalah psikososial: Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan. Sekarang saatnya Anda melakukan praktik klinik asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial. Agar modul praktik ini dapat Anda pelajari dengan mudah, penulis membagi modul ini ke dalam tiga kegiatan belajar, yaitu:

Kegiatan belajar 1 : Praktik Klinik Asuhan Keperawatan pada pasien dengan **Kecemasan**

Kegiatan belajar 2 : Praktik Klinik Asuhan Keperawatan pada pasien dengan **Gangguan Citra Tubuh**

Kegiatan belajar 3 : Praktik Klinik Asuhan Keperawatan pada pasien dengan **Kehilangan**

Tujuan akhir dari praktik klinik ini adalah Anda mampu melaksanakan Keperawatan pada pasien dengan masalah Psikososial: Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan praktik dengan benar.

Tujuan khusus setelah mempelajari kegiatan belajar praktik ini klinik ini adalah Anda diharapkan mampu:

1. Pengkajian pada pasien dengan Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan.
2. Membuat analisa data berdasarkan hasil pengkajian pasien dengan Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan.
3. Menetapkan diagnosa Keperawatan pasien dengan Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan.
4. Membuat pohon masalah pasien dengan Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan.
5. Melakukan implementasi berdasarkan prioritas masalah pasien dengan Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan.
6. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan.

7. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan prinsip SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisa dan *Planning*) pada pasien Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan.

Selain mampu melakukan asuhan keperawatan tersebut dan setelah menyelesaikan modul praktik klinik ini, Anda diharapkan mampu membuat Laporan Pendahuluan (LP) dan membuat Strategi Pelaksanaan (SP) berdasarkan masalah utama (*Core Problem*) yang Anda temukan pada kasus tersebut. Dua komponen ini perlu Anda pahami karena sangat membantu Anda untuk mampu mempraktikkan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Psikososial: Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan serta meningkatkan kemampuan untuk mempraktikkan komunikasi terapeutik.

Modul praktik klinik ini, dilengkapi dengan format pengkajian, format membuat LP, format membuat SP, format implementasi dan evaluasi. Kelebihan modul ini dibandingkan dengan modul lainnya, yaitu adanya latihan asuhan keperawatan dan latihan membuat Laporan Pendahuluan serta membuat Strategi Pelaksanaan yang terdiri dari Fase Orientasi, Fase Kerja, dan Fase Terminasi.

Agar kemampuan dan keterampilan Anda meningkat, ingatlah saat praktikum di ruang laboratorium. Bawa modul yang lalu dan pelajari bersama teman Anda. Lakukan kegiatan tersebut sesering mungkin. Dengan latihan yang sering maka kemampuan Anda dalam melakukan asuhan keperawatan akan semakin baik dan menjadi modal yang sangat penting untuk Anda melakukan praktik klinik keperawatan jiwa.

Saya percaya dan yakin Anda mampu memahami modul praktikum ini dengan baik asalkan Anda dengan sungguh-sungguh dalam mempelajarinya. Selamat melakukan praktik klinik semoga sukses selalu dalam genggaman Anda.

## **I. Materi Pokok Praktik Klinik Keperawatan Jiwa**

Pokok-pokok materi kegiatan praktik klinik untuk setiap program belajar terdiri dari:

1. Membuat Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan sesuai dengan masalah psikososial: Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan.
2. Petunjuk pembuatan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan (lihat lampiran).
3. Praktik klinik pemberian asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan dokumentasi keperawatan.
4. Contoh dokumentasi asuhan keperawatan.
5. Format pengkajian, petunjuk teknis dan penilaian.

## II. Aktivitas / Tugas Mahasiswa

1. Sebelum Anda memulai mempelajari modul praktik klinik ini sebaiknya Anda telah menyelesaikan dan memahami kegiatan belajar Asuhan Keperawatan pada pasien Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan dengan baik. Banyaklah berdiskusi dengan teman Anda. Jika dalam diskusi dengan teman, Anda masih belum memahami dengan baik mintalah bantuan pembimbing untuk menjelaskannya kembali, sehingga pemahaman Anda menjadi semakin baik.
2. Membuat Laporan Pendahuluan, pahami dengan baik cara membuat Laporan Pendahuluan sesuai dengan petunjuk yang ada.
3. Lakukan pengkajian pada pasien dengan Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan yang Anda temui di rumah sakit umum (RSU) saat Anda melaksanakan praktik klinik untuk mata kuliah lain, seperti Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Maternitas, Keperawatan Anak atau saat praktik di Puskesmas.
4. Buatlah analisa data dan rumuskanlah masalah keperawatan sesuai dengan kasus yang ada.
5. Langkah berikutnya adalah buatlah pohon masalah berdasarkan analisa data yang telah Anda tetapkan dan tegakkan diagnosis keperawatan utama pada kasus yang ada.
6. Buatlah Strategi Pelaksanaan yang sesuai dengan kasus Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan.
7. Lakukan demonstrasi dengan teman Anda sesering mungkin, sebelum melakukan asuhan keperawatan pada pasien, dimulai dari pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.
8. Latihan bersama teman cara memberikan pendidikan kesehatan pada pasien Kecemasan dan teknik-teknik untuk mengurangi Kecemasan, yaitu teknik napas dalam, dan teknik distraksi sebelum Anda melakukan tindakan tersebut.
9. Anda dapat menemui pembimbing untuk mendapatkan bimbingan dan masukan. Jika Anda telah merasa mampu untuk memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan, mintalah pembimbing Anda untuk melakukan penilaian.

### **III. Persyaratan Instruktur / Pembimbing Praktik Klinik**

1. Jumlah setiap kelompok dibimbing oleh satu orang pembimbing. Jumlah anggota kelompok maksimal 8 orang.
2. Pembimbing adalah dosen pengampu mata kuliah keperawatan jiwa.
3. Kualifikasi pembimbing
  - a. Berpendidikan minimal Sarjana Profesi Keperawatan ( Ners )
  - b. Berstatus sebagai dosen atau instruktur klinik
  - c. Memiliki sertifikat dosen atau instruktur klinik
  - d. Memiliki pengalaman kerja di bidang keperawatan jiwa minimal 5 tahun
  - e. Memiliki pengetahuan yang baik dan luas tentang keperawatan jiwa

### **IV. Teknis Pelaksanaan Bimbingan**

#### **1. Tugas Pembimbing**

- a. Membantu mahasiswa dalam mengatasi kesulitan yang dihadapi saat praktik klinik di ruangan umum.
- b. Membantu mahasiswa dalam mengatasi kesulitan mahasiswa dalam menyelesaikan tugas-tugas.
- c. Melakukan *pre confrence* kesiapan mahasiswa dalam mengikuti praktik klinik. Ajukan beberapa pertanyaan terhadap Laporan Pendahuluan yang telah mahasiswa buat, untuk menilai sejauh mana mahasiswa memahami kasus tersebut.
- d. Mintalah mahasiswa untuk menjelaskan Strategi Pelaksanaan yang akan mereka lakukan terhadap pasien dengan masalah Psikososial.
- e. Mendemonstrasikan pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan. Mulai dari pengkajian, analisis data, cara merumuskan masalah, cara membuat pohon masalah, cara menentukan *core problem* dan prioritas diagnosis keperawatan.
- f. Mendemonstrasikan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan pada pasien dengan masalah Psikososial: Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan.
- g. Berdiskusi tentang masalah-masalah yang belum dipahami oleh mahasiswa.

## 2. Teknis Bimbingan

- a. Bagilah jumlah mahasiswa dalam beberapa kelompok besar sesuai dengan kondisi ruang keperawatan.
- b. Setiap kelompok terdiri dari maksimal 8 mahasiswa.
- c. Bagilah mahasiswa dalam kelompok-kelompok kecil dan buatlah berpasangan, sehingga dalam kelompok besar ada 4 kelompok kecil.
- d. Mintalah setiap mahasiswa untuk membuat laporan pendahuluan sesuai dengan tiga kasus, yaitu Asuhan Keperawatan pada pasien Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan sesuai pada modul ini. Untuk meningkatkan pemahaman mahasiswa, buatlah beberapa kasus fiktif yang lain, sesuai dengan kasus yang Anda sering temui di lahan praktik. Contoh membuat kasus dapat Anda pelajari dari contoh kasus di modul ini.
- e. Selanjutnya mintalah mahasiswa untuk membuat Strategi Pelaksanaan sesuai dengan kasus tersebut.
- f. Periksalah setiap Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan yang telah dibuat mahasiswa.
- g. Sebelum ke pasien, mintalah mahasiswa untuk berpasangan sesuai yang telah ditetapkan di awal praktik. Langkah pertama tetapkanlah salah satu mahasiswa menjadi perawat jiwa dan mahasiswa yang lain menjadi pasien.
- h. Mintalah mahasiswa untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Psikososial: Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan sesuai dengan Strategi Pelaksanaan yang mahasiswa telah buat.
- i. Mintalah mahasiswa untuk berlatih menerapkan Strategi Pelaksanaan dan nilai kemampuan mereka. Sebelum Anda memberikan penilaian mintalah mahasiswa untuk melakukan evaluasi diri terhadap kemampuan memberikan asuhan keperawatan. Untuk menilai obyektifitas penilaian mintalah penilaian dari pasangan yang berperan sebagai pasien untuk menilai aspek positif dari teman yang berperan sebagai perawat jiwa.
- j. Buatlah penilaian atau evaluasi terhadap kemampuan mahasiswa sesuai dengan format yang ada pada kegiatan praktik ini.

## V. Tempat Praktik Klinik

Praktik klinik keperawatan jiwa menggunakan tempat (wahana) praktik ruang perawatan di rumah sakit kesehatan jiwa (RSKJ).

## VI. Alokasi Waktu Praktik

Waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan praktik klinik ini adalah 6 x 170 menit. Berikut ini adalah rincian alokasi waktu praktik klinik Asuhan Keperawatan Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan pada setiap satu kasus.

No	Kegiatan Praktikum / Aktivitas	Durasi
1.	Membuat laporan pendahuluan	10 menit
2.	Membuat strategi pelaksanaan	10 menit
3.	Membuat asuhan keperawatan	30 menit
4.	Melakukan <i>pre confrence</i> dan pembimbing mendemonstrasikan cara melakukan asuhan keperawatan	15 menit
5.	Melakukan asuhan keperawatan pada pasien Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan	95 menit
6.	Melakukan <i>post confrence</i> , evaluasi dan memberikan umpan balik serta penilaian	10 menit
	<b>T o t a l</b>	<b>170 menit</b>

## VII. Penilaian

Berikut ini adalah petunjuk penilaian praktikum. Pembimbing Anda akan memberikan penilaian sesuai dengan bobot di bawah ini.

### Bobot penilaian

No	Unsur yang dinilai	Proporsi (%)
1.	Kehadiran	10
2.	Laporan pendahuluan	10
3.	Strategi pelaksanaan	10
4.	Praktik klinik / tindakan keperawatan	60
5.	Laporan praktik	10
	<b>T o t a l</b>	<b>100</b>

## **VIII. Tata Tertib Praktik klinik**

Berikut ini adalah tata tertib pelaksanaan praktik klinik

### **1) Untuk Mahasiswa**

- a. Anda harus hadir 15 menit di tempat praktik klinik sebelum kegiatan praktik berlangsung.
- b. Menggunakan seragam klinik yang telah ditetapkan dilengkapi dengan papan nama.
- c. Diwajibkan menggunakan sepatu.
- d. Pada saat praktik klinik berlangsung Anda dilarang mempergunakan alat komunikasi apapun sampai kegiatan praktik selesai.
- e. Anda harus menyiapkan alat tulis sendiri karena pembimbing tidak mempersiapkannya.
- f. Semua kelengkapan untuk praktik harus Anda siapkan seperti format laporan pendahuluan, format strategi pelaksanaan dan format asuhan keperawatan serta lembar evaluasi.
- g. Selama kegiatan praktik berlangsung Anda diberikan kesempatan untuk ke kamar kecil sebelum kegiatan berlangsung dan tidak diperbolehkan makan dan minum ketika kegiatan praktik sedang berlangsung.

### **2) Untuk Pembimbing**

- a. Anda harus hadir 10 menit di tempat praktik sebelum kegiatan praktik berlangsung.
- b. Menggunakan *dress code* institusi yang telah ditetapkan dilengkapi dengan papan nama.
- c. Pada saat praktik berlangsung Anda dilarang mempergunakan alat komunikasi apapun sampai kegiatan pembimbingan praktik selesai.
- d. Memberikan penilaian sesuai format yang ada dan menyerahkannya kepada koordinator mata ajar.
- e. Selama kegiatan bimbingan praktik berlangsung Anda tidak diperkenankan untuk melakukan kegiatan lain yang dapat mengganggu kegiatan praktik

## **IX. Laporan Praktik**

Laporan praktik dikumpulkan segera setelah Anda selesai melakukan praktik. Berikut ini adalah syarat yang harus Anda penuhi ketika mengumpulkan laporan praktik:

1. Laporan praktik terdiri dari Laporan Pendahuluan, Strategi Pelaksanaan. Laporan Asuhan Keperawatan (pengkajian, perencanaan, implementasi, intervensi dan dokumentasi) harus ditulis tangan, tidak boleh diketik dan menggunakan kertas *duble folio* bergaris.
2. Tulisan harus mudah dibaca oleh tutor/pembimbing. Gunakan tinta warna biru untuk menuliskan laporan hasil praktik.
3. Seluruh laporan dijadikan satu dengan menggunakan map berpenjepit (*snellhekte*) warna hijau dan di depan map ditulis nama dan nomor induk mahasiswa Anda.

## **Kegiatan Belajar Praktik Klinik 1**

### **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kecemasan**

Selamat berjumpa dengan modul praktik klinik asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Psikososial: Kecemasan. Saya percaya dan yakin Anda telah menyelesaikan modul sebelumnya yaitu modul praktikum dengan baik dan karena Anda telah mampu menyelesaikan modul pembelajaran (teori) tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Kecemasan. Kemampuan tersebut sangat membantu Anda dalam menyelesaikan modul praktik klinik ini. Modul praktik klinik ini dirancang agar Anda mampu melakukan praktik klinik keperawatan jiwa dengan baik sehingga tujuan pembelajaran tercapai.

#### **Landasan Teori Asuhan Keperawatan Kecemasan**

##### **I. Asuhan Keperawatan pada Pasien Kecemasan**

Sebelum kita memulai praktik klinik, marilah kita segarkan kembali tanda dan gejala kecemasan. Coba anda diskusiakan dengan teman Anda tentang tanda dan gejala dari kecemasan. Kecemasan atau Ansietas merupakan kejadian yang hampir dialami seluruh manusia setiap saat. Kecemasan dapat terjadi dalam rentang kecemasan ringan sampai dengan panik. Kecemasan ringan diperlukan oleh individu untuk memotivasi individu agar dapat mengatasi stressor yang sedang dihadapi. Pasien yang mengalami kecemasan sedang sampai dengan panik memerlukan bantuan perawat untuk mengatasi masalahnya.

Menderita penyakit fisik, mengalami pengobatan, rencana tindakan medik (contoh: operasi dan pemeriksaan diagnostik), menunggu hasil pemeriksaan diagnostik, rencana pengobatan, dan menunggu hasil pengobatan merupakan beberapa contoh stressor yang dialami pasien di rumah sakit umum yang dapat menimbulkan kecemasan. Terkadang kondisi pasien yang mengalami kecemasan menghambat prosedur tindakan medis yang direncanakan untuk pengobatan pasien.

## **1. Tanda dan Gejala**

### **Respon fisik**

- a. Sering menarik napas panjang dan bernapas pendek
- b. Nadi dan tekanan darah naik
- c. Mulut kering
- d. Anoreksia
- e. Diare / konstipasi
- f. Gelisah
- g. Berkeringat
- h. Tremor
- i. Sakit kepala
- j. Sulit tidur

### **Respons Kognitif**

- a. Lapang persepsi menyempit
- b. Tidak mampu menerima informasi dari luar
- c. Berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya

### **Respons Perilaku dan Emosi**

- a. Gerakan meremas tangan
- b. Bicara berlebihan dan cepat
- c. Perasaan tidak aman dan menangis

### **Latihan 1**

Sebelum ke pasien, demonstrasikan dan kerjakan bersama teman Anda mulai dari pengkajian, menentukan diagnosis keperawatan, membuat perencanaan tindakan, implementasi dan evaluasi tindakan. Kemudian lakukan dan kerjakan ke pasien sesuai dengan langkah-langkah praktik klinik berikut ini:

- a. Buatlah laporan pendahuluan kasus di atas
- b. Buatlah strategi pelaksanaan untuk kasus di atas
- c. Lakukan pengkajian untuk masalah psikososial sesuai format yang ada
- d. Lakukanlah analisis data dan masalah keperawatan
- e. Buatlah pohon masalah
- f. Tetapkanlah tindakan keperawatan
- g. Lakukanlah evaluasi keperawatan

- h. Lakukanlah dokumentasi keperawatan
- i. Lakukanlah latihan strategi pelaksanaan sesuai kasus di atas atau sesuai kasus yang sering Anda temui di klinik

## **2. Tindakan Keperawatan untuk Pasien Kecemasan**

Tindakan keperawatan untuk pasien kecemasan juga ditujukan untuk keluarga sehingga keluarga mampu mengarahkan pasien dalam melakukan perawatan diri.

- a. Tujuan :
  - 1) Pasien mampu mengenal kecemasan
  - 2) Pasien mampu mengatasi kecemasan melalui teknik relaksasi
  - 3) Pasien mampu memperagakan dan menggunakan teknik relaksasi untuk mengatasi kecemasan
- b. Tindakan Keperawatan :
  - 1) Mendiskusikan kecemasan : penyebab, proses terjadi, tanda dan gejala, akibat
  - 2) Melatih teknik relaksasi fisik, pengendalian pikiran dan emosi

### **SP1 Pasien: Pengkajian Kecemasan dan Latihan Relaksasi**

- a. Bina hubungan saling percaya:
  - 1) Mengucapkan salam terapeutik, memperkenalkan diri, panggil pasien sesuai nama panggilan yang disukai
  - 2) Menjelaskan tujuan interaksi: melatih pengendalian kecemasan agar proses penyembuhan lebih cepat
  - 3) Membuat kontrak (*informed consent*) dua kali pertemuan latihan pengendalian kecemasan
- b. Bantu pasien mengenal kecemasan:
  - 1) Bantu pasien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya
  - 2) Bantu pasien mengenal penyebab kecemasan
  - 3) Bantu pasien menyadari perilaku akibat kecemasan
- c. Latih teknik relaksasi:
  - 1) Tarik napas dalam
  - 2) Distraksi

### **Fase Orientasi**

Selamat pagi Pak, perkenalkan nama saya Gloria, bapak boleh memanggil saya dengan perawat Gio. Saya perawat yang berdinasi di ruangan ini dan hari ini saya bertugas pada *shift* pagi mulai pukul 07.30 sampai 14.00 WIB. Nama Bapak siapa? Senang dipanggil apa? Bagaimana perasaan Bapak hari (pagi) ini? Apa yang sedang Bapak pikirkan? Baiklah Pak, bagaimana jika kita bercakap-cakap tentang kekhawatiran Bapak tentang tindakan operasi yang akan bapak jalani besok. Tujuannya adalah agar bapak dapat melakukan cara-cara mengatasi kecemasan bapak sehingga bapak bisa lebih tenang dalam menghadapi operasi. Berapa lama kita diskusi? tempatnya di sini saja pak?

### **Fase Kerja**

Apa yang bapak pikirkan tentang tindakan operasi yang akan bapak jalani besok? Apakah dokter sudah menjelaskan prosedur operasi termasuk persiapan dan penatalaksanaan setelah operasi? Bila sudah, apakah ada bagian (hal) yang bapak rasakan belum jelas informasinya? Apakah yang membuat bapak merasakan takut dengan tindakan operasi tersebut? Apakah bapak memiliki pengalaman atau memiliki informasi yang kurang menyenangkan tentang tindakan operasi khususnya operasi prostat seperti bapak ?

Apa yang bapak rasakan jika memikirkan hal tersebut? Apakah ada keluhan fisik yang Bapak rasakan seperti sesak, berkeringat? Apakah hal tersebut membuat tidura Bapak terganggu? (kaji tanda fisiologis kecemasan lainnya)

Apa yang Bapak lakukan saat pikiran itu muncul? Apakah dengan cara tersebut rasa khawatir Bapak berkurang? Apakah Bapak menjadi lebih tenang?

Baiklah Pak, saya akan mengajarkan dua cara mengatasi kecemasan Bapak yaitu dengan tarik napas dalam dan teknik pengalihan situasi. Tarik napas dalam bisa membuat Bapak relaks dan tenang. Caranya adalah sebagai berikut: pertama-tama Bapak silahkan duduk dengan posisi yang Bapak anggap paling nyaman, lalu Bapak hirup napas dari hidung sampai udara mengisi penuh rongga dada Bapak, Bapak tahan dalam hitungan 1- 4, setelah itu pada hitungan ke-5 Bapak keluarkan (hembuskan) udara dalam rongga dada Bapak melalui mulut secara perlahan. Sekarang Bapak perhatikan dahulu peragaan saya, setelah itu Bapak ikuti ya.. (perawat memperagakan) Nah, sekarang giliran Bapak yang melakukannya. Wah, bagus sekali Bapak mampu melakukannya dengan benar. Cara kedua Pak, adalah dengan pengalihan situasi, caranya adalah dengan Bapak melakukan kegiatan lain selama dirawat seperti membaca buku,

menonton TV, atau bercakap-cakap dengan keluarga, teman sekamar atau tamu Bapak . Jika Bapak tidak melakukan apapun, pikiran Bapak akan terfokus pada kekhawatiran Bapak , sedangkan dengan melakukan kegiatan, pikiran Bapak akan teralihkan.

### **Fase Terminasi**

Bagaiman perasaan Bapak setelah kita diskusi? Dapatkah Bapak ulangi lagi cara tarik napas dalam? Wah bagus sekali Pak, kegiatan apa yang Bapak pilih untuk mengalihkan kekhawatiran Bapak ? Oh, jadi Bapak akan mencoba mengobrol dengan teman dan tamu, Bapak akan membaca buku, mengaji, dan menonton. Bagus sekali. Baiklah Pak, bagaimana jika Bapak latihan tarik napas dalam setiap dua jam, dan selalu melakukan kegiatan pengalihan situasi agar tidak ada waktu yang tersisa untuk Bapak memikirkan ketakutan Bapak ? Baiklah Pak, jam 11.00 saya akan kembali untuk mengajarkan teknik 5 jari untuk mengatasi ketakutan Bapak , tempatnya di sini saja ya Pak. Selamat pagi Pak.

### **SP2 Pasien: Evaluasi Kecemasan, Manfaat Teknik Relaksasi dan Latihan Hipnotis Diri Sendiri (latihan 5 jari) dan Kegiatan Spiritual**

- a. Pertahankan rasa percaya pasien
  - 1) Mengucapkan salam dan memberi motivasi
  - 2) Kaji ulang kecemasan dan kemampuan melakukan teknik relaksasi
- b. Membuat kontrak ulang: latihan pengendalian kecemasan
- c. Latihan hipnotis diri sendiri (lima jari) dan kegiatan spiritual

Buatlah SP sesuai contoh di atas.

## **Kegiatan Belajar Praktik Klinik 2:**

### **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Citra Tubuh**

Selamat berjumpa kembali dengan modul praktik klinik asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Gangguan Citra Tubuh. Saya percaya dan yakin Anda telah menyelesaikan kegiatan belajar sebelumnya, sehingga dengan mudah Anda melakukan pada pasien dengan masalah Gangguan Citra Tubuh. Modul sebelumnya yaitu modul praktikum dengan baik dan karena Anda telah mampu menyelesaikan modul pembelajaran Asuhan pada pasien dengan Kecemasan. Kemampuan tersebut sangat membantu Anda menyelesaikan modul praktik klinik ini. Modul praktik klinik ini dirancang agar Anda menyelesaikan modul praktik klinik dengan baik sehingga tujuan pembelajaran tercapai.

### **Landasan Teori Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Citra Tubuh**

#### **1. Pengkajian Gangguan Citra Tubuh**

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga (pelaku rawat). Tanda dan gejala Gangguan Citra Tubuh dapat ditemukan melalui wawancara dengan pertanyaan sebagai berikut:

- a. Bagaimana pandangan / penilaian Anda tentang bagian tubuh yang hilang / cacat, bagian tubuh yang lain?
- b. Bagaimana penilaian Anda terhadap bagian tubuh tersebut akan mempengaruhi hubungan Anda dengan orang lain?
- c. Apa yang menjadi harapan Anda pada tubuh yang lain?
- d. Apa saja harapan yang telah Anda capai?
- e. Apa saja harapan yang belum berhasil Anda capai?
- f. Apa upaya yang Anda lakukan untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi?

Tanda dan gejala Gangguan Citra Tubuh yang dapat ditemukan melalui observasi sebagai berikut:

- a. Penurunan produktivitas
- b. Menyembunyikan bagian tubuh yang cacat, bekas operasi
- c. Pasien tidak berani menatap lawan bicara dan lebih banyak menundukkan kepala saat berinteraksi
- d. Bicara lambat dengan nada sura lemah

## **2. Tindakan Keperawatan Gangguan Citra Tubuh**

Tindakan keperawatan Gangguan Citra Tubuh dilakukan terhadap pasien dan keluarga (pelaku rawat). Saat melakukan pelayanan ruang rawat inap, di poli kesehatan jiwa atau kunjungan rumah, perawat menemui keluarga (pelaku rawat) terlebih dahulu sebelum menemui pasien. Bersama keluarga (pelaku rawat), perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien dan keluarga (pelaku rawat). Setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi Gangguan Citra Tubuh yang dialami pasien.

Setelah perawat selesai melatih pasien, maka perawat kembali menemui keluarga (pelaku rawat) dan melatih keluarga (pelaku rawat) untuk merawat pasien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing pasien melatih kegiatan dengan menggunakan anggota tubuh lain yang telah diajarkan oleh perawat untuk meningkatkan citra tubuh.

Tindakan keperawatan untuk pasien dan keluarga dilakukan pada setiap pertemuan, minimal empat kali pertemuan dan dilanjutkan sampai pasien dan keluarga mampu meningkatkan citra tubuh.

### **a. Tindakan Keperawatan untuk Pasien Gangguan Citra Tubuh**

Tujuan :

- 1) Pasien dapat mengidentifikasi Citra Tubuhnya
- 2) Pasien dapat mengidentifikasi potensi (aspek positif) dirinya
- 3) Pasien dapat mengetahui cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh
- 4) Pasien dapat melakukan cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh
- 5) Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain tanpa terganggu

### **b. Tindakan Keperawatan**

- 1) Asesmen citra tubuh (gangguan dan potensi) dan menerima keadaan tubuh saat ini
- 2) Latih cara meningkatkan citra tubuh

## **SP1 Pasien : Pengkajian dan Menerima Citra Tubuh dan Latihan Meningkatkan Citra Tubuh**

- a. Bina hubungan saling percaya:
  - 1) Mengucapkan salam terapeutik, memperkenalkan diri, panggil pasien sesuai nama panggilan yang disukai.
  - 2) Menjelaskan tujuan interaksi: melatih pengendalian ketidakberdayaan agar proses penyembuhan lebih cepat.
  - 3) Membuat kontrak (*inform consent*) dua kali pertemuan latihan pengendalian Gangguan Citra Tubuh
- b. Bantu pasien mengenal gangguan citra tubuhnya:
  - 1) Bantu pasien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaanya
  - 2) Bantu pasien mengenal penyebab Gangguan Citra Tubuhnya
  - 3) Bantu pasien menyadari perilaku akibat Gangguan Citra Tubuhnya
- c. Diskusikan persepsi pasien tentang citra tubuhnya : dulu dan saat ini, perasaan tentang citra tubuhnya dan harapan terhadap citra tubuhnya saat ini.
- d. Diskusikan potensi bagian tubuh yang lain yang masih sehat
- e. Bantu pasien untuk meningkatkan fungsi bagian tubuh yang terganggu
- f. Bantu menggunakan bagian tubuh yang masih sehat
- g. Bantu pasein melihat, menyentuh bagian tubuh yang terganggu

### **Contoh : SP 1 Gangguan Citra Tubuh**

#### **Fase Orientasi:**

“Selamat pagi mbak, perkenalkan saya Perawat Nurintan, mbak bisa memanggil saya dengan perawat Intan. Kalau mbak, namanya siapa? Senang dipanggil apa mbak? Baiklah mbak Dini, saya perawat di ruangan ini yang sedang bertugas pagi ini. Bagaimana kalau sekarang kita membicarakan tentang perasaan tersebut? Di mana kita bisa bercakap-cakap? Berapa lama, bagaimana jika 30 menit? Tujuan kita bercakap-cakap adalah agar mbak Dini dapat menggunakan anggota tubuh yang dimiliki saat ini untuk melakukan kegiatan.”

### **Fase Kerja**

“Sebelumnya saya ingin menanyakan tentang penilaian mbak Dini terhadap diri mbak sendiri setelah dioperasi? Tadi mbak Dini mengatakan merasa jadi cacat/ jelek dan malu karena dioperasi? Apa yang menyebabkan mbak Dini merasa demikian? Jadi, mbak Dini merasa malu bertemu dengan teman-teman dan tidak dapat bekerja kembali karena operasi kaki mbak. Apakah ada hal lainnya yang tidak menyenangkan yang mbak rasakan di sini?”

Bagaimana hubungan mbak Dini dengan keluarga dan teman-teman setelah operasi, apakah ada yang sudah mengunjungi mbak di rumah sakit? Apa yang mbak rasakan setelah mereka mengunjungi mbak? Oh, mbak Dini jadi malu dan minder karena merasa tidak dapat bekerja lagi, apa lagi selain itu?” Apakah harapan mbak setelah operasi? Bagus sekali, mbak Dini masih ingin tetap bekerja, apa lagi harapan mbak terhadap teman-teman?

Agar dapat mengurangi rasa minder dan rasa malu mbak, mari kita sama-sama menilai kemampuan yang masih dimiliki untuk dilatih dan dikembangkan. Coba mbak sebutkan bagian-bagian tubuh yang masih sehat atau masih dapat digunakan? Oh iya, mbak masih dapat berbicara, melihat, bernapas, tangan masih dapat digerakkan, makan sendiri terus apa lagi? Bagus sekali, ternyata mbak masih bisa diberikan kemampuan tersebut oleh Tuhan., mbak dapat mensyukurinya. Coba sekarang mbak lihat kaki yang tidak dioperasi dan gerakkan. Setelah itu lihat kaki yang dioperasi dan coba gerakkan. Ya bagus, mbak telah berani melihat kaki yang dioperasi, mudah-mudahan cepat sembuh yah mbak.

Menurut mbak Dni adakah bantuan yang diperlukan untuk melakukan latihan ini? Iya, bagus sekali. Memang untuk jalan masih perlu bantuan, namun untuk kegiatan yang lain mbak Dini sudah bisa mandiri. Untuk latihan jalan mau berapa kali latihan dalam sehari? Baiklah, 3 x sehari ya mbak Dini.

### **Fase Terminasi**

“Bagaimana perasaan mbak Dini setelah kita berdiskusi? Coba mbak Dini ulangi hal apa saja yang dapat dilakukan untuk mengatasi rasa malu ? Bagus, mba Dini berjanji untuk latihan menggerakkan kaki ini sebanyak 3 x sehari. Bagaimana bila besok kita bertemu lagi untuk berlatih cara menggunakan kruk? Jam berapa dan berapa lama? Mbak Dini lebih nyaman di mana? Nah, sekarang saya pamit dulu ya . Selamat pagi mbak Dini.

## **SP 2 Pasien : Evaluasi Citra Tubuh dan Latihan Peningkatan Citra Tubuh dan Bersosialisasi**

Buatlah sesuai dengan contoh di atas dan disesuaikan dengan keadaan pasien sebenarnya.

- a. Pertahankan rasa percaya pasien
  - 1) Mengucapkan salam dan memberi motivasi
  - 2) Asesmen ulang citra tubuh dan hasil latihan peningkatan citra tubuh
  - 3) Membuat kontrak ulang: latihan peningkatan citra tubuh
- b. Motivasi pasien untuk melakukan aktivitas yang mengarah pada pembentukan tubuh yang ideal
- c. Ajarkan pasien meningkatkan citra tubuh dengan cara:
  - 1) Gunakan protese, *wig*, kosmetik atau yang lainnya sesegera mungkin, gunakan pakaian baru (jika diperlukan)
  - 2) Motivasi pasien untuk melihat bagian yang hilang secara bertahap
- d. Lakukan interaksi secara bertahap dengan cara :
  - 1) Susun jadwal kegiatan sehari-hari
  - 2) Dorong melakukan aktivitas sehari-hari dan terlibat dalam aktivitas dalam keluarga dan sosial
  - 3) Dorong untuk mengunjungi teman dan orang lain yang berarti / mempunyai peran penting baginya
  - 4) Beri pujian terhadap keberhasilan pasien melakukan interaksi

## **Kegiatan Belajar Praktik Klinik 3**

### **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kehilangan**

Sekarang marilah kita memulai praktik klinik ketiga, saya yakin Anda mampu melakukan praktik klinik ini dengan baik, karena Anda telah memiliki modal dan kemampuan yang sangat baik dengan mampu melaksanakan praktikum pada materi Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Kehilangan.

### **Landasan Teori Asuhan Keperawatan pada Pasien Kehilangan**

#### **Materi Pokok Praktik Klinik**

Pokok-pokok materi kegiatan praktik klinik terdiri dari;

1. Buatlah Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan sesuai kasus kehilangan.
2. Lakukan Asuhan Keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan (pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan) dan praktikkan komunikasi terapeutik sesuai SP.
3. Tetapkan analisa data dan tentukan diagnosa keperawatan sesuai hasil pengkajian.
4. Laksanakan tindakan sesuai keperawatan sesuai dengan rencana
5. Evaluasi tindakan keperawatan yang telah Anda lakukan dan,
6. Dokumentasikan hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

#### **1. Pengkajian**

Dengan membaca data pasien kehilangan mudah-mudahan ingatan Anda tentang tanda dan gejala pasien kehilangan meningkat. Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga.

#### **Data Subyektif**

- a. Mengungkapkan dengan kata-kata bahwa pasien tidak mempunyai kemampuan mengendalikan atau mempengaruhi sesuatu
- b. Mengungkapkan tidak dapat menghasilkan dan melakukan sesuatu
- c. Mengungkapkan ketidakpuasan dan frustrasi terhadap kondisi atau situasi dan ketidakmampuan untuk melakukan tugas atau aktivitas sebelumnya
- d. Mengungkapkan keragu-raguan terhadap penampilan peran, kemampuan diri dan kehilangan
- e. Mengatakan ketidakmampuan dan ketidakinginan untuk melakukan kegiatan sehari-hari contoh perawatan diri

## **Data Obyektif**

- a. Ketidakmampuan untuk mencari informasi tentang perawatan
- b. Tidak berpartisipasi dalam pengambilan keputusan saat diberikan kesempatan
- c. Enggan mengungkapkan perasaan sebenarnya
- d. Ketergantungan terhadap orang lain yang dapat mengakibatkan iritabilitas, ketidaksukaan, marah dan rasa bersalah
- e. Gagal mempertahankan ide/pendapat yang berkaitan dengan orang lain ketika mendapat perlawanan
- f. Apatitis dan pasif
- g. Ekspresi muka murung
- h. Bicara dan gerak lambat
- i. Tidur berlebihan
- j. Nafsu makan tidak ada atau berlebihan
- k. Menghindari orang lain

## **2. Tindakan Keperawatan pada Pasien Kehilangan**

Setelah data terkumpul Anda harus melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah pasien. Anda dapat mempelajari kembali kegiatan belajar 1 dengan judul Asuhan Keperawatan pada Pasien Kehilangan. Buatlah rencana tindakan keperawatan sesuai dengan format yang ada pada akhir modul ini.

### **a. Intervensi Generalis pada Pasien Kehilangan**

Tujuan umum

- 1) Pasien mampu membina hubungan saling percaya
- 2) Pasien mampu mengenali dan mengekspresikan emosinya
- 3) Pasien mampu memodifikasi pola kognitif yang negatif
- 4) Pasien mampu berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang berkenaan dengan perawatannya sendiri
- 5) Pasien mampu termotivasi untuk aktif mencapai tujuan yang realistis

## **Strategi Pelaksanaan Pertemuan 1 Pasien :**

### **Pengkajian Kehilangan dan Latihan Berpikir Positif**

- a. Bina hubungan saling percaya
  - 1) Mengucapkan salam terapeutik, memperkenalkan diri, panggil pasien sesuai nama panggilan yang disukai
  - 2) Menjelaskan tujuan interaksi : melatih pengendalian kehilangan agar penyembuhan lebih cepat
  - 3) Membuat kontrak dua kali pertemuan latihan pengendalian kehilangan
- b. Bantu pasien mengenal kehilangan
  - 1) Bantu pasien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya
  - 2) Bantu pasien mengenal penyebab kehilangan
  - 3) Bantu pasien menyadari perilaku akibat kehilangan
  - 4) Bantu pasien untuk mengekspresikan perasaannya dan identifikasi area-area situasi kehidupan yang tidak berada dalam kemampuannya untuk mengontrol
  - 5) Bantu pasien untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat berpengaruh terhadap kehilangan
- c. Diskusikan tentang masalah yang dihadapi pasien tanpa memintanya untuk menyimpulkan
- d. Identifikasi pemikiran negatif dan bantu untuk menurunkan melalui interupsi atau substitusi
- e. Bantu pasien untuk meningkatkan pemikiran yang positif
- f. Evaluasi ketepatan persepsi, logika dan kesimpulan yang dibuat pasien
- g. Identifikasi persepsi pasien yang tidak tepat, penyimpangan dan pendapatnya yang tidak rasional

## Contoh SP Pasien : Mengembangkan Harapan Positif (Afirmasi Positif)

### Fase Orientasi

Selamat pagi bu, perkenalkan saya Perawat Ningsih, ibu bisa memanggil saya Perawat Ning. Saya akan merawat ibu di ruangan ini mulai jam 07.30 sampai 14.00 WIB. Nama ibu siapa? Senang dipanggil apa? Bagaimana perasaan ibu hari ini? Tampaknya ibu sedang memikirkan sesuatu? Bagaimana jika kita bercakap-cakap tentang perasaan ibu saat ini. Tujuannya agar ibu lebih semangat dalam menjalani pengobatan sehingga ibu bisa lebih cepat sembuh. Kita akan berdiskusi selama 20 menit? Tempatnya di sini saja bu?

### Fase Kerja

Apa yang menyebabkan ibu merasa sedih dan kehilangan dengan penyakit ibu? Oh, jadi ibu sudah dua tahun menderita diabetes dan sekarang kaki ibu harus diamputasi karena penyakit ini dan ibu merasa keluarga tidak memahami apa yang ibu rasakan. Ibu merasa sudah melakukan diet dan minum obat yang dianjurkan dokter, sudah melakukan olahraga dengan teratur tetapi gula darah ibu sulit turun, sehingga mengakibatkan luka dan luka tersebut tidak kunjung sembuh, sehingga akhirnya harus diamputasi ya bu.

Menurut ibu, apa akibatnya jika ibu selalu merasa tidak mampu mengendalikan perasaan ibu, sehingga ibu merasa begitu sedih dan merasa sendiri dengan kondisi saat ini dengan penyakit yang tidak kunjung sembuh? Betul bu, kondisi ini membuat ibu menjadi tidak bersemangat dalam pengobatan. Ibu merasa tertekan dan stress. Apakah ibu mengetahui pikiran atau stress juga berpengaruh pada kemampuan tubuh dalam mengontrol gula darah.

Menurut ibu, apa yang dirasa belum optimal dilakukan untuk membuat kadar gula darah ibu kembali normal? Betul bu, mengelola pikiran kita, yaitu bagaimana ibu mampu mengelola pikiran ibu agar tidak stress. Bu, sebagai makhluk ciptaan Tuhan harus terus berusaha namun Tuhan yang menentukan upaya kita. Kita selalu meminta yang terbaik dalam doa dan sholat kita.

Baiklah bu, agar kita terus semangat dalam mengupayakan pengobatan, kita dapat mengembangkan harapan positif. Nama latihannya adalah Afirmasi Positif. Apa yang ibu harapkan dengan kondisi ini? Sembuh.... Berserah diri pada Tuhan.... Terus bersabar. Nah, harapan-harapan ini terus ibu tanamkan dalam pikiran dan hati ibu. Katakan pada diri ibu, "Memang saat ini gula darah saya belum stabil, namun dengan semangat dan kesabaran saya, menjalankan pola hidup sehat, minum obat teratur saya yakin suatu saat gula darah saya akan

terkontrol, semua saya serahkan pada Tuhan.” Bu, kalimat tersebut adalah kalimat Afirmasi. Nah, coba sekarang ibu yang mengungkapkan.

### **Fase Terminasi**

Bagaimana perasaan ibu setelah kita berdiskusi? Coba ibu katakan kembali kalimat afirmasi yang tadi kita latih. Berapa kali sehari ibu mau latihan? Baiklah bu, bagaimana jika nanti jam sebelas saya akan datang lagi, kita diskusikan tentang cara mengontrol perasaan ibu. Selamat pagi bu.

### **Strategi Pelaksanaan Pertemuan ke-2 Pasien:**

Evaluasi kehilangan, manfaat mengembangkan harapan positif dan latihan mengontrol perasaan kehilangan.

Buatlah strategi komunikasi selanjutnya sesuai dengan rencana tindakan Anda.

### **3. Tindakan Keperawatan Pada Keluarga**

#### a. Tujuan:

- 1) Keluarga mampu mengenal masalah kehilangan pada anggota keluarga
- 2) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami kehilangan
- 3) Keluarga mampu mem *follow up* anggota keluarga yang mengalami kehilangan

#### b. Tindakan keperawatan pada keluarga

- 1) Mendiskusikan kondisi pasien : ketidakberdayaan, penyebab, proses terjadi, tanda dan gejala, akibat kehilangan
- 2) Melatih keluarga merawat kehilangan pasien
- 3) Melatih keluarga melakukan *follow up*

### **Strategi Pelaksanaan Pertemuan 1 Keluarga**

Penjelasan kondisi pasien dan cara merawat:

#### a. Bina hubungan saling percaya

- 1) Mengucapkan salam terapeutik, memperkenalkan diri
- 2) Menjelaskan tujuan interaksi: menjelaskan ketidakberdayaan pasien dan cara merawat agar proses penyembuhan lebih cepat
- 3) Membuat kontrak (*inform consent*) dua kali pertemuan latihan cara merawat kehilangan

b. Bantu keluarga mengenal kehilangan:

- 1) Menjelaskan kehilangan, penyebab, proses terjadi, tanda dan gejala serta akibatnya
- 2) Menjelaskan cara merawat pasien kehilangan pasien : membantu mengembangkan motivasi bahwa pasien dapat mengendalikan situasi dan memotivasi cara afirmasi positif yang telah dilatih perawat pada pasien
- 3) Sertakan keluarga saat melatih afirmasi positif

### **Contoh : SP Pertemuan Pertama Keluarga**

#### **Fase Oreintasi**

Selamat pagi mbak, perkenalkan nama saya perawat Sri Atun, nama panggilan saya Perawat Sri. Saya perawat yang berdinasi di ruangan ini mulai pukul 07.30 sampai 14.00 WIB yang merawat keluarga atau ibu mbak. Nama mba siapa? Senang dipanggil apa? Bagaimana perasaan mbak hari ini? Apa yang mbak pikirkan tentang kondisi ibu? Bagaimana jika kita bercakap-cakap tentang perasaan mbak dan cara merawat ibu dengan baik. Tujuannya agar keluarga dapat merawat ibu dan memberikan semangat kepada ibu sehingga mempercepat proses penyembuhan. Berapa lama kita berdiskusi? Tempatnya di mana mbak?

#### **Fase Kerja**

Apa yang sering dikeluhkan ibu kepada mbak atau anggota keluarga lainnya? Ya ibu merasa frustrasi dengan penyakitnya, ibu merasa sudah melakukan diet yang dianjurkan dokter, sudah olahraga rutin, namun gula darah masih sulit kembali normal. Ibu juga merasa tidak mampu mengendalikan penyakitnya, sehingga ibu menjadi tidak bersemangat dalam pengobatan. Beliau merasa tertekan, stress, dan tanda-tanda itu yang dinamakan kehilangan. Beliau juga memahami bila pikiran atau stress dapat berpengaruh pada kemampuan tubuh dalam mengontrol gula darah.

Menurut mbak, apa yang rasanya belum optimal dilakukan untuk membuat kadar gula darah ibu kembali normal? Yah betul, mengelola pikiran ibu sendiri. Kemarin ibu dan saya sudah berlatih mengelola pikiran ibu, latihan ini disebut dengan latihan Afirmasi atau latihan Berpikir Positif, yaitu dengan cara ibu mengatakan berulang kali harapan-harapan yang dilakukan 2-3 kali sehari secara rutin atau bila ibu merasa sedih. Kalimat yang dilatih diucapkan ibu adalah “Memang saat ini gula darah saya belum stabil, namun dengan semangat dan kesabaran saya,

saya terus menerus menjalankan pola hidup sehat, minum obat teratur, saya yakin suatu saat gula darah saya akan terkontrol. Semua saya serahkan pada Tuhan,”

Tentunya latihan ini membutuhkan dukungan keluarga untuk senantiasa mengingatkan ibu untuk selalu memiliki pikiran yang positif, senantiasa memberikan semangat ibu untuk selalu patuh dalam program pengobatan. Apakah mbak bersama anggota keluarga lainnya bersedia membantu ibu dalam program pengobatan beliau kan? Bagus sekali.

### **Fase Terminasi**

Bagaimana perasaan mbak setelah kita berdiskusi? Coba sebutkan kembali kalimat Afirmasi yang akan dilatih ibu? Berapa kali sehari mbak akan melatih ibu untuk latihan Afirmasi ini? Bagus mbak, saya harap mbak beserta anggota keluarga lainnya selalu mendukung ibu dalam melakukan latihan ini dan memberikan semangat kepada ibu terhadap program pengobatannya. Baiklah mbak, bagaimana jika nanti jam sebelas saya akan datang lagi, kita diskusikan tentang cara mengontrol perasaan kehilangan ibu, selamat pagi mbak..

### Pre – Post Test

1. Seorang pasien perempuan umur 29 tahun dirawat di RSJ karena akan dilakukan operasi sectio-cesaria yang pertama kali. Pasien mengeluh sulit tidur, nafsu makan tidak ada, pasien takut bila operasinya tidak berhasil. Apakah diagnosis keperawatan pada pasien tersebut?
  - a. Ansietas
  - b. Kehilangan
  - c. Keputusanasaan
  - d. Ketidakberdayaan
  - e. Harga diri rendah situasional
2. Seorang pasien perempuan umur 17 tahun dirawat di RSJ karena mengeluh sakit kepala sudah 2 hari, sulit tidur, pasien memikirkan karena diputus pacar. Pasien mengalami kecemasan, TD meningkat 130/90 mmHg, manakah data obyektif pada kasus tersebut?
  - a. Sulit tidur
  - b. Sakit kepala
  - c. Memikirkan putus pacar
  - d. TD meningkat 130/90 mmHg
  - e. Mengeluh sakit perut
3. Seorang perempuan usia 19 tahun dirawat di RSJ karena akan dilakukan operasi pemasangan pen di femur kanan, pasien mengalami tidak bisa tidur, takut operasinya gagal, pasien takut mengalami kecacatan. Apakah diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
  - a. Ansietas
  - b. Kehilangan
  - c. Ketidakberdayaan
  - d. Gangguan Citra Tubuh
  - e. Gangguan Harga Diri Rendah Situasional
4. Seorang pasien perempuan umur 19 tahun dirawat di RSU karena akan dilakukan operasi pemasangan pen di femur kanan, pasien mengalami tidak bisa tidur, takut operasinya gagal, pasien takut mengalami kecacatan. Apakah tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
  - a. Identifikasi kemampuan yang masih dimiliki
  - b. Beri penjelasan proses penyembuhan
  - c. Jelaskan cara berjalan dengan benar
  - d. Ajarkan cara penggunaan kruk
  - e. Lakukan imobilisasi
5. Seorang pasien perempuan umur 33 tahun dirawat di RSJ akan dilakukan operasi mammae, pasien mengatakan masih belum berani operasi, karena takut suaminya akan meninggalkan pasien. Apakah tahap kehilangan pada pasien tersebut?
  - a. Denial
  - b. Anger
  - c. Bargaining
  - d. Depresi

- e. Acceptance
6. Seorang perempuan datang ke RSJ sambil menangis terseduh, suaminya maninggal karena penyakit jantung secara mendadak. Ibu tersebut mengatakan bahwa itu tidak mungkin suaminya meninggal, tadi pagi masih makan bersama. Apakah tahap kehilangan pada kasus tersebut?
- a. Denial
  - b. Anger
  - c. Bargaining
  - d. Depresi
  - e. Acceptance

### **Umpan Balik dan Rencana Tindak Lanjut**

Cocokkanlah jawaban Saudara dengan Kunci Jawaban Pre – Post Test yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut:

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN YANG BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100% = baik sekali

80 – 98% = baik

70 – 79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila Saudara mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih bagus. Saudara dapat meneruskan praktikum pada modul berikut. Tetapi jika masih di bawah 80%, Saudara harus mengulangi materi kegiatan praktikum ini terutama bagi yang belum dikuasai.

## **Uji Ketrampilan**

### **Kasus fiktif**

Seorang perempuan usia 44 tahun dirawat di RSJ karena akan dilakukan kemoterapi yang kedua. Pasien mengatakan takut akan efek samping kemonya karena akan merasa mual yang luar biasa, muntah dan merasakan badannya tidak ada tenaga. Saat akan dilakukan penusukan, pasien menunda terus menerus sampai 1 jam. Perawat sudah melakukan motivasi terhadap pasien

### **Petunjuk Uji Keterampilan**

1. Lakukan pengkajian bersama kelompoknya dan tambahkan data yang mendukung
2. Buat masalah keperawatan dan pohon masalah
3. Tentukan rencana tindakan
4. Lakukan tindakan keperawatan sesuai dengan SP yang dibuat secara bergantian
5. Dokumentasikan ke format yang sudah dibagikan
6. Tulis tangan dengan rapih agar mudah terbaca

## Rambu-rambu Penilaian

### A. Penilaian Strategi Pelaksanaan

No	Aspek Penilaian	Nilai		Keterangan
		Ya	Tidak	
<b>I.</b>	<b>Fase Orientasi</b>			
1.	Mengucapkan salam			
2.	Memperkenalkan diri			
3.	Menjelaskan kontrak <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waktu</li> <li>• Tempat</li> <li>• Tujuan</li> </ul>			Beri nilai di masing-masing item dengan angka: 1 = Ya 0 = Tidak
<b>II.</b>	<b>Fase Kerja</b>			
1.	Evaluasi dan Validasi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjelaskan hasil observasi</li> </ul>			
2.	Memberikan intervensi sesuai dengan kondisi pasien <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien</li> <li>• Keluarga</li> </ul>			
3.	Mendemonstrasikan ketrampilan sesuai dengan intervensi yang diberikan			
<b>III.</b>	<b>Fase Terminasi</b>			
1.	Evaluasi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subyektif</li> <li>• Obyektif</li> </ul>			
2.	Rencana Tindak Lanjut <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien</li> <li>• Keluarga</li> <li>• Perawat</li> </ul>			
	<b>TOTAL</b>			

$$\begin{aligned}
 \text{NILAI A} &= \frac{\text{Total Skor}}{18} \times 100 \\
 &= \dots\dots\dots
 \end{aligned}$$

## B. Penilaian Sikap Terapeutik

No	Aspek Yang Dinilai	Penilaian		Keterangan
		Ya	Tidak	
1.	Duduk berhadapan			Berilah nilai masing-masing item dengan angka: 1 = Ya 0 = Tidak
2.	Kontak mata			
3.	Membungkuk ke arah pasien			
4.	Mempertahankan sikap terbuka <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak menyilangkan kaki</li> <li>• Tidak melipat tangan</li> </ul>			
5.	Rileks			
6.	Suara jelas			
	<b>TOTAL</b>			

$$\text{NILAI B} = \frac{\text{Total Skor}}{6} \times 100$$

$$= \dots\dots\dots$$

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Nilai A} + \text{Nilai B}}{2} = \dots\dots\dots$$

## C Penilaian Laporan

No	Aspek Yang Dinilai	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1.	Seluruh data dan informasi pasien dilaporkan					Berilah nilai di masing-masing item dengan angka: 1 = Kurang 2 = Cukup 3 = Baik 4 = Sangat baik
2.	Diagnosa perawatan sesuai dengan kasus pasien					
3.	Perencanaan pasien sesuai dengan diagnosa keperawatan					
4.	Respon pasien dan hasil evaluasi tindakan dilaporkan					
5.	Catatan keperawatan pasien ditandatangani					
	<b>TOTAL</b>					

$$\text{NILAI C} = \frac{\text{Total Skor}}{5} \times 100$$

$$= \dots\dots\dots$$

$$\text{NILAI AKHIR} : \frac{\text{Nilai A} + \text{B} + \text{C}}{3} \times 100 \%$$

3

**C. Lembar Observasi Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Psikososial**

**EVALUASI DIRI**

Nama Mahasiswa : .....

Tanggal : .....

Nama Penguji : .....

Tempat : .....

1. Berikan tanda √ pada kolom K (Kompeten) bila Anda merasa sudah mampu melakukannya pada aspek yang tertulis pada kriteria pencapaian kompetensi dan sebaliknya berikan tanda √ pada kolom BK (Belum Kompeten) apabila Anda merasa belum mampu melakukannya.
2. Apabila Anda telah merasa mampu, maka mintalah dosen/pembimbing untuk melakukan supervisi kemampuan Anda.
3. Tanyakan pada penguji bila ada hal-hal yang belum dimengerti.

NAMA MAHASISWA : .....			TANGGAL		
NAMA PENGUJI :					
1. ....					
2. ....					
NOMOR UNIT :					
JUDUL UNIT : <b>Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Psikososial</b>					
No	Sub Kompetensi	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Skala		Ket
			Y / K	T / BK	
1.	Melakukan Pengkajian	1. Mengobservasi perilaku pasien diidentifikasi 2. Menerapkan aspek legal, nilai, moral, etika, norma dan budaya 3. Teknik komunikasi terapeutik pada diterapkan 4. Prosedur pengkajian ditunjukkan 5. Masalah pasien diidentifikasi			
2.	Merumuskan Diagnosa Keperawatan	Diagnosa keperawatan yang menggambarkan masalah Psikososial diidentifikasi			
3.	Membuat Perencanaan Keperawatan	1. Pasien dirumuskan 2. Indikator hasil asuhan keperawatan dirumuskan			

		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Rencana tindakan keperawatan pasien disusun</li> <li>4. Rencana tindakan keperawatan diprioritaskan</li> </ol>			
4.	Melaksanakan Tindakan Kolaboratif	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indikasi tindakan kolaboratif (terapi psikofarmaka) pasien kecemasan diidentifikasi</li> <li>2. Tindakan kolaboratif terapi psikofarmaka pasien ditunjukkan</li> <li>3. Evaluasi dan tindak lanjut dilakukan</li> </ol>			
5.	Melaksanakan Evaluasi Keperawatan Pasien dengan Masalah Psikososial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indikator keberhasilan tujuan perawatan diidentifikasi</li> <li>2. Evaluasi sesuai kriteria tujuan dilakukan</li> <li>3. Kesimpulan hasil perawatan dibuat</li> <li>4. Tindak lanjut asuhan keperawatan dirumuskan</li> </ol>			
6.	Melaksanakan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pasien dengan Masalah Psikososial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seluruh data dan informasi pasien didokumentasikan</li> <li>2. Diagnosa perawatan didokumentasikan</li> <li>3. Perencanaan pasien terdokumentasi</li> <li>4. Respon pasien dan hasil evaluasi tindakan dicatat</li> <li>5. Catatan keperawatan pasien ditandatangani</li> </ol>			
	Rekomendasi				
	Catatan	<b>Pembimbing 1 :</b>			
	Catatan	<b>Pembimbing 2 :</b>			
	Tanda tangan Mahasiswa				

## PENILAIAN PRAKTIK KLINIK

Nama Mahasiswa : ..... Tanggal : .....

Nama Penguji : ..... Tempat : .....

Berikan tanda V pada kolom K (Kompeten) bila mahasiswa mampu melakukannya pada aspek yang tertulis pada kriteria pencapaian kompetensi dan sebaliknya berikan tanda pad kolom BK (Belum Kompeten) apabila mahasiswa belum mampu melakukannya.

Sub Kompetensi	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Penilaian		Validasi Penguji
		K	BK	
Melakukan Pengkajian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial</li> <li>2. Mengidentifikasi perilaku abnormal pasien</li> <li>3. Menerapkan prinsip legal, nilai, moral, etika dan norma budaya pengkajian masalah psikososial</li> <li>4. Memperhatikan teknik komunikasi terapeutik asuhan keperawatan masalah psikososial</li> <li>5. Menunjukkan prosedur pengkajian masalah psikososial</li> <li>6. Memperhatikan aspek/ komponen penting pengkajian masalah psikososial</li> <li>7. Mengidentifikasi masalah pasien</li> </ol>			
Merumuskan Diagnosa Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi diagnosa keperawatan yang menggambarkan masalah psikososial</li> <li>2. Menunjukkan struktur diagnosa keperawatan</li> <li>3. Menuliskan struktur diagnosa yang rasional</li> <li>4.</li> </ol>			
Membuat Perencanaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merumuskan tujuan asuhan keperawatan</li> <li>2. Merumuskan indikator hasil asuhan keperawatan</li> <li>3. Menyusun rencana tindakan keperawatan</li> <li>4. Memilih dan memprioritaskan rencana tindakan keperawatan</li> </ol>			

Melaksanakan	1. Menjelaskan prinsip tindakan			
Sub Kompetensi	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Penilaian		Validasi Penguji
		K	BK	
Tindakan Kolaboratif	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaboratif pada pasien</li> <li>2. Mengidentifikasi indikasi tindakan kolaboratif</li> <li>3. Menunjukkan tindakan kolaboratif terapi psikofarmaka pada pasien</li> </ol>			
Melaksanakan Evaluasi Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi aspek yang dinilai pada evaluasi pasien</li> <li>2. Mengidentifikasi indikator keberhasilan sesuai tujuan keperawatan</li> <li>3. Menunjukkan pengumpulan data hasil tindakan sesuai kriteria tujuan</li> <li>4. Membuat kesimpulan hasil perawatan</li> <li>5. Merumuskan tindak lanjut asuhan keperawatan</li> </ol>			
Melaksanakan Dokumentasi Asuhan Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menuliskan seluruh data dan informasi tentang pasien dan tindakan yang diberikan dalam dokumen pasien</li> <li>2. Menuliskan diagnosa keperawatan dalam dokumen pasien</li> <li>3. Menuliskan perencanaan pasien dalam dokumen pasien</li> <li>4. Mencatat respon pasien dan hasil evaluasi setelah tindakan</li> <li>5. Menandatangani catatan keperawatan dan catatan perkembangan</li> </ol>			
<b>Rekomendasi Dapat / Tidak Dapat</b> dilanjutkan pada tahap berikutnya	<u><b>Penguji I</b></u>  <u><b>Penguji II</b></u>			
<b>Saran Perbaikan</b>	Nama Mahasiswa  Tanda tangan Mahasiswa			

Mahasiswa dinyatakan **Kompeten**, bila seluruh komponen ini dinyatakan kompeten oleh pembimbing/tutor/dosen. Bila ada salah satu komponen yang belum kompeten, maka mahasiswa diharuskan melakukan praktik kembali.

## **Rangkuman**

Modul praktik klinik ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Psikososial: Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pengkajian dilakukan dengan wawancara maupun observasi. Hasil pengkajian selanjutnya dikelompokkan dan ditetapkan masalah keperawatan. Prioritas tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan kondisi pasien saat ini dan sekarang. Evaluasi merupakan tindakan terakhir dari pemberian asuhan keperawatan. Anda harus mengevaluasi respon pasien secara subyektif dan obyektif, selanjutnya Anda harus menganalisa hasil evaluasi dan selanjutnya buatlah perencanaan untuk pasien dan perawat untuk mengurangi masalah yang dialami pasien dengan melanjutkan tindakan keperawatan yang telah diajarkan.

## **Kunci Jawaban Pre – Post Test**

1. A
2. D
3. D
4. A
5. A
6. A

## DAFTAR PUSTAKA

Keliat, B.A., dkk. 2005. *Modul Basic Course Community Mental-Psychiatric Nursing*. Jakarta: Tidak Diterbitkan

FIK UI & WHO, 2006. *Modul Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa (MPKP)*, Jakarta: Tidak Diterbitkan

Ralph S.S., Rosenberg, M.C., Scroggins, L., Vasallo, B., Warren, J., 2005, *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification*, NANDA International, Philadelphia

Rawlins, R.P., Heacock, P.E., 1993, *Clinical Manual of Psychiatric Nursing*, Mosby Year Book, Toronto

Rawlins, R.P., Williams, S.R., Beck, C.M., 1993, *Mental Health Psychiatric Nursing a Holistic Life Cycle Approach*, Mosby Year Book, London

Stuat, G.W., Sundeen, S.J., 1998, *Keperawatan Jiwa, Buku Saku*, Terjemahan Hamid, A.S., Edisi 3, EGC, Jakarta

Stuart, Gall Wiscart and Sundeen, Sandra J. 1998, *Pocket Guide to Psychiatric Nursing* (2 nd. Ed) Mosby Year Book, St. Louis, Baltimore. Boston Chicago. London. Sydney. Toronto.

TIM Jiwa FIK UI dan RSMM 2009. *Modul Keperawatan Jiwa*. Tidak Diterbitkan

Townsend, M.C. 1998. *Diagnosis Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri: Pedoman untuk Pembuatan Rincian Perawatan*, Jakarta: EGC

## **LAPORAN PENDAHULUAN**

- I. Kasus (Masalah Utama)
- II. Proses Terjadinya Masalah
- III. A. Pohon Masalah  
B. Masalah Keperawatan dan Data yang Perlu Dikaji
- IV. Diagnosa Keperawatan
- V. Rencana Tindakan Keperawatan

## STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Pertemuan : .....

Hari / Tanggal : .....

Nama Pasien (Inisial) : .....

Ruangan : .....

### A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien :  
.....

2. Diagnosa Keperawatan :  
.....

3. Tujuan Khusus :  
.....

4. Tindakan Keperawatan :  
.....

### B. Strategi Komunikasi

#### 1. Orientasi

a. Salam terapeutik :  
.....

b. Evaluasi/Validasi :  
.....

c. Kontrak (topik, waktu dan tempat) :  
.....

d. Tujuan :  
.....

2. Kerja (*menjabarkan langkah-langkah tindakan keperawatan secara operasional*)  
.....  
.....  
.....

#### 3. Terminasi

a. Evaluasi (respon pasien terhadap tindakan keperawatan)

1) Evaluasi Subyektif :  
.....

2) Evaluasi Obyektif :  
.....

b. Rencan tindak lanjut ( yang perlu dilatih pasien sesuai hasil tindakan yang dilakukan)  
.....

c. Kontrak yang akan datang (topik, waktu dan tempat)

## FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN PSIKOSOSIAL

### A. PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian : ..... Nomor Register :

.....

Ruangan Rawat : ..... Diagnosa Medis :

.....

Tanggal Dirawat : .....

#### 1. IDENTITAS PASIEN

Nama : .....

Umur : .....

Status Perkawinan : .....

Agama : .....

Suku Bangsa : .....

Pendidikan : .....

Alamat : .....

Sumber Informasi : .....

#### 2. ALASAN MASUK

.....

.....

.....

#### 3. FAKTOR PREDISPOSISI

a. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu? ( ) Ya ( ) Tidak

b. Pengobatan sebelumnya ( ) Berhasil ( ) Kurang Berhasil  
( ) Tidak Berhasil

c. Pelaku/Usia Korban/Usia Saksi/Usia

Aniaya Fisik ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

Aniaya Seksual ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

Penolakan ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

Kekerasan dalam Keluarga ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

Tindakan Kriminal ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**Jelaskan a, b, dan c .....**

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

**Masalah Keperawatan : .....**

**4. PEMERIKSAAN FISIK**

a. Tanda vital :

TD : .....

N : .....

S : .....

P : .....

b. Ukur :

TB : .....

BB : .....

c. Keluhan Fisik : ( ) Ya ( ) Tidak

Jelaskan

:.....  
.....  
.....

**Masalah Keperawatan : .....**

**5. PSIKOSOSIAL**

a. Genogram : Gambarkan

**Jelaskan:**.....  
.....  
.....

**Masalah Keperawatan :.....**

b. Konsep Diri

1) Gambaran diri :

.....

2) Identitas :

.....

3) Peran :

.....

4) Ideal Diri : .....

5) Harga Diri :

.....

**Masalah Keperawatan : .....**

c. Hubungan Sosial

1) Orang yang berarti :

.....

2) Perann serta dalam kegiatan kelompko/masyarakat :

.....

3) Hamabatan dalam berhubungan dengan oang lain :

.....

**Masalah Keperawatan : .....**

d. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan :

.....

2) Kegiatan ibadah :

.....

**6. STATUS MENTAL**

a. Penampilan

( ) Tidak rapi ( ) Penggunaan pakaian tidak sesuai

( ) cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan : .....**

b. Pembicaraan

( ) Cepat ( ) Keras ( ) Gagap ( ) Inkoheren ( ) Apatis

Lambat  Membisu  Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan :** .....

c. Aktivitas Motorik

Lesu  Tegang  Gelisah  Agitasi

Tik  Grimasen  Tremor  Kompulsif

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan :** .....

d. Alam Perasaan

Sedih  Ketakutan  Putus asa

Khawatir  Gembira berlebihan

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan :** .....

e. Afek

Datar  Tumpul  Labil  Tidak sesuai

Jelaskan :

.....

**Masalah Keperawatan :**

.....

f. Interaksi selama wawancara

Bermusuhan  Tidak kooperatif  Mudah tersinggung

Kontak mata kurang  Defensif  Curiga

Jelaskan :

.....

**Masalah Keperawatan :**

.....

g. Memori

Gangguan daya ingat jangka panjang

Gangguan daya ingat jangka pendek

Gangguan daya ingat saat ini  Konfabulasi

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan :** .....

h. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita

( ) menyalahkan hal-hal di luar dirinya

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan :** .....

**7. MEKANISME KOPING**

*Adaptif*

*Maladaptif*

( ) Bicara dengan orang lain

( ) Minum Alkohol

( ) Mampu menyelesaikan masalah

( ) Reaksi lambat / berlebih

( ) Teknik relaksasi

( ) Bekerja berlebihan

( ) Aktivitas konstruktif

( ) Menghindar

( ) Olahraga

( ) Mencederai diri

( ) Lainnya.....

( ) Lainnya.....

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan :** .....

**8. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN**

( ) Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik .....

( ) Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik .....

( ) Masalah dengan pendidikan, spesifik .....

( ) Masalah dengan pekerjaan, spesifik .....

( ) Masalah dengan perumahan, spesifik .....

( ) Masalah ekonomi, spesifik .....

( ) Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik .....

( ) Masalah lainnya, spesifik .....

( ) Masalah dengan dukungan lingkungan .....

**Masalah Keperawatan :** .....

**9. PENGATAHUAN KURANG TENTANG**

( ) Sistem pendukung ( ) Faktor presipitasi

( ) Penyakit fisik ( ) Koping ( ) Obat-obatan ( ) Lainnya

**Masalah Keperawatan :** .....

**10. ASPEK MEDIK**

Diagnosa medik : .....

Terapi medik : .....

.....

.....

.....

Jakarta, .....20

Mahasiswa

(.....)

### 11. ANALISA DATA

Initial Nama : ..... Ruangan : ..... No. RM : .....

TANGGAL / JAM	DATA FOKUS	MASALAH KEPERAWATAN

## **12. POHON MASALAH**

## **B. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN**

**C. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

**INITIAL PASIEN : ..... RUANGAN : ..... No.RM : .....**

<b>No. DX</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Perencanaan</b>		
		<b>Tujuan</b>	<b>Kriteria Evaluasi</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>

Jakarta, .....20

Mahasiswa

(.....)

**D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN**

**INITIAL PASIEN : .....RUANGAN : ..... No.RM : .....**

<b>Hari / Tgl/Jam</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>	<b>Kriteria (SOAP)</b>	<b>Nama / Paraf</b>

## **MODUL PRAKTIK KLINIK 2**

### **ASUHAN KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN, HARGA DIRI RENDAH, HALUSINASI, ISOLASI SOSIAL, DEFISIT PERAWATAN DIRI DAN TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK**

#### **A. Pendahuluan**

Selamat untuk Anda dan semoga sukses selalu menyertai Anda. Anda telah mampu menyelesaikan seluruh materi pembelajaran teori dan praktikum tentang Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial. Sekarang saatnya Anda melakukan praktik klinik Asuhan Keperawatan pada pasien dengan masalah Gangguan Jiwa. Pada modul ini Anda akan lebih fokus dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien yang mengalami Gangguan Jiwa di lahan praktik. Anda dapat mengingat kembali saat praktikum dengan teman Anda. Lakukan dengan benar dan mengikuti langkah-langkah pada modul ini.

Keperawatan Jiwa adalah pelayanan keperawatan profesional didasarkan pada ilmu perilaku, ilmu keperawatan jiwa pada manusia sepanjang siklus kehidupan dengan respons psiko-sosial yang maladaptif yang disebabkan oleh gangguan bio-psiko-sosial, dengan menggunakan diri sendiri dan terapi keperawatan jiwa (komunikasi terapeutik dan terapi modalitas keperawatan kesehatan jiwa) melalui pendekatan proses keperawatan untuk meningkatkan, mencegah, mempertahankan dan memulihkan masalah kesehatan jiwa pasien (individu, keluarga, kelompok komunitas). Keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berusaha untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku sehingga pasien dapat berfungsi utuh sebagai manusia. Salah satu kemampuan yang diharapkan dan harus dimiliki oleh mahasiswa adalah merawat pasien-pasien dengan masalah kesehatan mental – psikiatri yang berkaitan dengan penyesuaian / adaptasi bio-psiko-sosial-spiritual. Selamat berpraktik klinik keperawatan jiwa.

Salam sehat jiwa.

## **B. Tujuan**

### **1. Umum :**

Peserta didik diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa yang sering terjadi di semua tingkat usia dengan menggunakan proses keperawatan jiwa.

### **2. Khusus :**

Setelah mengikuti praktek klinik keperawatan jiwa peserta didik diharapkan dapat :

- a. Membina dan memelihara hubungan terapeutik dengan pasien.
- b. Mengidentifikasi perasaan dan reaksi diri sendiri, terhadap pasien sehingga memungkinkan penggunaan diri secara terapeutik dalam berhubungan dengan pasien.
- c. Mengkaji status kesehatan pasien mental psikiatri sesuai dengan tahap perkembangan manusia melalui :
  - 1) Pengkajian terhadap pasien, keluarga dan anggota tim kesehatan lainnya
  - 2) Observasi perilaku pasien mental psikiatri sesuai dengan jenis dan tingkat gangguan
  - 3) Melakukan pemeriksaan fisik
  - 4) Mendokumentasikan dan mengorganisasikan data (analisa data) yang didapat
- d. Menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan pohon masalah yang dibuat dan mendokumentasikannya.
- e. Merumuskan kebutuhan pasien sesuai dengan jenis dan tingkat gangguan melalui:
  - 1) Membuat Tujuan Umum (TUM) dan Tujuan Khusus (TUK)
  - 2) Membuat kriteria hasil yang akan dicapai
  - 3) Membuat rencana tindakan
  - 4) Mendokumentasikan rencana tindakan keperawatan
- f. Melaksanakan tindakan keperawatan bagi pasien mental psikiatri antara lain :
  - 1) Penerapan komunikasi terapeutik
  - 2) Mengaplikasikan tahap hubungan terapeutik perawat – pasien
  - 3) Memenuhi kebutuhan dasar pasien sesuai dengan tingkat gangguannya
  - 4) Melakukan terapi modalitas yaitu : Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS)

- 5) Melakukan kolaborasi dengan anggota Tim kesehatan lain dalam rangka pemberian terapi psikofarmaka
- 6) Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah dilakukan
- g. Mengevaluasi tindakan yang diberikan dan memantau perkembangan mental / perilaku pasien sesuai dengan keperluan serta mendokumentasikannya.

### **C. Lingkup Kompetensi**

1. Menghormati hak privasi pasien, keluarga dan kelompok dengan menerapkan prinsip etika.
2. Bertanggung gugat dan bertanggung jawab terhadap keputusan tindakan profesional dalam praktek keperawatan individu, keluarga dan kelompok.
3. Bekerjasama dengan level lebih tinggi dan profesi lain dalam praktek keperawatan individu, keluarga dan kelompok.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa.
  - a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan Gangguan Jiwa Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK), Harga Diri Rendah (HDR), Halusinasi, Isolasi Sosial, Defisit Perawatan Diri (DFD), dan Terapi Aktivitas Kelompok Sosial (TAKS)
  - b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Gangguan Jiwa Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK), Harga Diri Rendah (HDR), Halusinasi, Isolasi Sosial, Defisit Perawatan Diri (DFD), dan Terapi Aktivitas Kelompok Sosial (TAKS)
  - c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan Gangguan Jiwa Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK), Harga Diri Rendah (HDR), Halusinasi, Isolasi Sosial, Defisit Perawatan Diri (DFD), dan Terapi Aktivitas Kelompok Sosial (TAKS)
  - d. Melaksanakan tindakan keperawatan sebagai berikut :
    - 1) Melaksanakan keperawatan pada pasien : Risiko Perilaku Kekerasan
    - 2) Melaksanakan keperawatan pada pasien : Harga Diri Rendah
    - 3) Melaksanakan keperawatan pada pasien : Halusinasi
    - 4) Melaksanakan keperawatan pada pasien : Isolasi Sosial
    - 5) Melaksanakan keperawatan pada pasien : Defisit Perawatan Diri
  - e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Gangguan Jiwa Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK), Harga Diri Rendah

(HDR), Halusinasi, Isolasi Sosial, Defisit Perawatan Diri (DFD), dan Terapi Aktivitas Kelompok Sosial (TAKS)

#### **D. Strategi Kegiatan Praktik Klinik Keperawatan Jiwa**

1. Mahasiswa dibagi menjadi beberapa kelompok (d disesuaikan dengan pengelompokan ruangan).
2. Mahasiswa diwajibkan mengikuti program orientasi dan sosialisasi yang dilakukan oleh lahan praktek.
3. Setiap mahasiswa dinas dalam rentang waktu 2 minggu (efektif 10 hari, senin-jumat).
4. Kegiatan praktek dilaksanakan dalam satu shif yaitu dinas pagi : Pk. 08.00 – 13.00
5. Mahasiswa diwajibkan *pre* dan atau *post confrence* bersama pembimbing dari Institusi Pendidikan dan atau CI dari lahan praktek.
6. Mahasiswa diwajibkan membuat laporan secara tertulis tentang satu kasus Asuhan Keperawatan Jiwa.
7. Laporan Individu
  - a. Mahasiswa selama rentang dinas 2 minggu (efektif 10 hari) diberikan 1 pasien kelolaan dengan lingkup kasus dengan menggunakan proses keperawatan :
    - 1) Asuhan keperawatan pasien dengan risiko perilaku kekerasan
    - 2) Asuhan keperawatan pasien dengan risiko harga diri rendah
    - 3) Asuhan keperawatan pasien dengan risiko halusinasi
    - 4) Asuhan keperawatan pasien dengan risiko isolasi sosial
    - 5) Asuhan keperawatan pasien dengan risiko defisit perawatan diri
    - 6) Melaksanakan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS)
  - b. Ujian Praktek / Supervisi

Dari satu kasus pasien kelolaan yang diambil oleh mahasiswa sebagai pasien kelolaan, dibuat Laporan Individu (mahasiswa membuat laporan pendahuluan tentang Halusinasi, Harga Diri Rendah, Isolasi Sosial, Perilaku Kekerasan dan Defisit Perawatan Diri) yang terdiri dari :

    - 1) Laporan pendahuluan (terdiri dari) :
      - a) Pengertian
      - b) Psikodinamika (Faktor Prediposisi, Faktor Presipitasi, proses dan masalah lebih lanjut) dibuat dalam bentuk narasi
      - c) Rentang respon (dijabarkan sesuai dengan kasus)

- d) Asuhan keperawatan (sesuai judul kasus)
  - Pengkajian yang berisi faktor prediposisi, faktor presipitasi dan manifestasi perilaku, pohon masalah (minimal 3 masalah)
  - Diagnosa keperawatan sesuai pohon masalah
  - Rencana keperawatan untuk satu diagnosa keperawatan prioritas (*Core Problem*)
- 2) Pendokumentasian Asuhan Keperawatan dan diambil penilaian ujian tindakan keperawatan dengan strategi :
  - a) Mahasiswa membawa LP (5 buah) sesuai kasus, hasil asuhan keperawatan dan membuat SP yang akan diujikan
  - b) Pelaksanaan ujian sesuai SP yang sudah dibuat terdiri dari :
    - Fase Orientasi
    - Fase Kerja
    - Fase Terminasi
  - c) Implementasi dan Evaluasi didokumentasikan
  - d) Setelah ujian praktek dilaksanakan, dilanjutkan dengan responsi oleh penguji
- c. Pelaksanaan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS)
  - 1) Semua mahasiswa mengidentifikasi kasus masing-masing dan dikelompokkan dalam satu kelompok. Satu kelompok terdiri dari 6 – 10 pasien (boleh ditambah dengan pasien lain / bukan kelolaan).
  - 2) Selama praktek diharapkan mahasiswa melaksanakan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS).
  - 3) Sebelum melaksanakan terapi aktivitas kelompok diwajibkan konsul ke pembimbing untuk diarahkan strategi pelaksanaan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS).

## **E. Tata Tertib**

### 1. Ketentuan Umum

- a. Setiap mahasiswa wajib 100% mengikuti praktik yang diadakan di lahan praktik.
- b. Mahasiswa harus sudah siap sebelum kegiatan praktik dimulai dengan memakai pakaian dan kelengkapan yang telah ditentukan.
- c. Setiap mahasiswa wajib mengikuti semua kegiatan praktik 100%.
- d. Setiap mahasiswa wajib sopan dan menghargai pembimbing maupun mahasiswa lain.
- e. Bagi mahasiswa yang ingin keluar ruangan harus meminta izin terlebih dahulu.
- f. Bagi mahasiswa yang berhalangan hadir karena alasan penting pada waktu praktik dan mendapat izin dari koordinator mata ajar harus mengganti pada hari lain yang disepakati dengan koordinator mata kuliah.

### 2. Ketentuan Khusus

#### **Penampilan**

- 1) Wajib menggunakan seragam klinik
- 2) Tidak diperkenankan memakai perhiasan, jam tangan diperbolehkan
- 3) Tidak menghias muka secara mencolok
- 4) Kuku pendek
- 5) Rambut harus rapi / disanggul / ditekuk model pendek tidak menyentuh baju seragam

## **F. Pelaksanaan**

1. Alokasi Waktu :
2. Tempat : RSJ.....
3. Waktu : Senin – Jumat

## **G. Persyaratan Instruktur / Pembimbing Praktik Klinik**

### 1. Jumlah

Setiap kelompok dibimbing oleh satu orang pembimbing. Jumlah anggota kelompok maksimal 8 orang.

2. Pembimbing adalah dosen pengampuh mata kuliah keperawatan jiwa.
3. Kualifikasi pembimbing
  - a. Berpendidikan minimal D.III Keperawatan
  - b. Berstatus sebagai dosen atau instruktur klinik
  - c. Memiliki sertifikat dosen atau instruktur klinik

- d. Memiliki pengalaman kerja di bidang keperawatan jiwa minimal 5 tahun
- e. Memiliki pengetahuan yang baik dan luas tentang keperawatan jiwa

## **H. Teknis Pelaksanaan Bimbingan**

### **1. Tugas Pembimbing**

- a. Membantu mahasiswa dalam mengatasi kesulitan yang dihadapi saat praktik klinik di ruang perawatan.
- b. Membantu mahasiswa dalam mengatasi kesulitan mahasiswa dalam menyelesaikan tugas-tugas
- c. Melakukan *pre conference* kesiapan mahasiswa dalam mengikuti praktik klinik. Ajukan beberapa pertanyaan terhadap laporan pendahuluan yang mahasiswa telah buat, untuk menilai sejauh mana mahasiswa memahami kasus tersebut.
- d. Mintalah mahasiswa untuk menjelaskan strategi pelaksanaan yang akan mereka lakukan terhadap pasien gangguan jiwa
- e. Mendemonstrasikan pemberian asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa. Mulai dari pengkajian, analisis data, cara merumuskan masalah, cara membuat pohon masalah, cara menentukan *core problem* dan prioritas diagnosis keperawatan.
- f. Mendemonstrasikan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah gangguan jiwa.
- g. Berdiskusi tentang masalah-masalah yang belum dipahami oleh mahasiswa.

### **2. Teknis Bimbingan**

- a. Bagilah jumlah mahasiswa ke dalam beberapa kelompok besar sesuai dengan kondisi ruang perawatan
- b. Setiap kelompok terdiri dari maksimal 8 orang mahasiswa
- c. Bagilah mahasiswa dalam kelompok-kelompok kecil dan buatlah berpasangan sehingga dalam kelompok besar ada 4 kelompok kecil
- d. Mintalah setiap mahasiswa untuk membuat laporan pendahuluan sesuai dengan tiga kasus, yaitu Asuhan Keperawatan pada pasien Gangguan Jiwa pada modul ini.
- e. Selanjutnya mintalah mahasiswa untuk membuat Strategi Pelaksanaan sesuai dengan kasus tersebut.

- f. Periksa setiap Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan yang telah dibuat mahasiswa.
- g. Sebelum ke pasien, mintalah mahasiswa untuk berpasangan sesuai yang telah ditetapkan di awal praktik. Langkah pertama tetapkanlah salah satu mahasiswa menjadi perawat jiwa dan mahasiswa yang lain menjadi pasien.
- h. Mintalah mahasiswa untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan buat.
- i. Mintalah mahasiswa untuk berlatih menerapkan Strategi Pelaksanaan dan nilai kemampuan mereka. Sebelum Anda memberikan penilaian mintalah mahasiswa untuk melakukan evaluasi diri terhadap kemampuan memberikan asuhan keperawatan. Untuk menilai obyektifitas penilaian mintalah penilaian dari pasangan yang berperan sebagai pasien untuk menilai aspek positif dari teman yang berperan sebagai perawat jiwa.

## **I. EVALUASI**

Penilaian dengan ketentuan	:
Laporan Askep Jiwa	: 40%
Supervisi/Ujian Praktek	: 40%
Terapi Aktivitas	: 20%

## **Kegiatan Praktik Klinik 1**

### **Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Jiwa**

Coba Anda melihat pasien di ruang perawatan, banyak pasien mengatakan “saya malu , saya tidak bisa apa-apa, semua orang menghina saya, saya orang bodoh, tidak ada apapun dalam diri saya yang bisa saya banggakan, saya orang paling menderita di dunia ini ” anda masih ingat praktikum tentang harga diri rendah? Saat Anda praktikum masih dengan teman Anda, tetapi saat ketemu pasien di ruangan, Anda tahu betul keadaan pasien. Dengan mengetahui keadaan pasien, apakah yang Anda lakukan untuk membantu pasien tersebut? Untuk membantu Anda memberikan Asuhan Keperawatan. Pelajari modul kegiatan praktik klini 1 ini dengan baik.

**Silahkan Anda simak beberapa kasus fiktif di bawah ini :**

#### **Kasus fiktif 1**

Seorang pasien perempuan umur 36 tahun, Agama Islam, Pendidikan SMA, tidak bekerja, status pernikahan bercerai, dirawat di RSJ karena tidak mau bicara dengan orang lain. Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan malu tidak mampu menjadi istri dan ibu yang baik sehingga suaminya mencari perempuan yang lain. Pasien mempunyai anak tiga orang dan sekarang yang merawat adalah suaminya. Pasien dirawat yang kedua kalinya. Pasien tidak rutin minum obat.

#### **Kasus fiktif 2**

Seorang pasien laki-laki umur 23 tahun dirawat di RSJ sudah satu minggu yang lalu karena tidak mau minum obat. Saat dilakukan pengkajian ditemukan pasien mengatakan senang sendiri, tidak mau berbicara dengan orang lain, bila berbicara suaranya pelan, jawaban ya dan tidak, sering menunduk.

#### **Kasus fiktif 3**

Seorang pasien laki-laki umur 44 tahun dirawat di RSJ karena mengancam orang dan pernah memukul orang lain. Saat dilakukan pengkajian pasien masih tampak marah, wajah tampak merah, tangan mengepal dan pandangan tajam, bila berbicara suaranya sangat keras. Riwayat penyakit pernah dirawat 2 kali, tidak bekerja, belum menikah, pendidikan SMA.

**Kasus fiktif 4**

Seorang pasien perempuan umur 55 tahun, dirawat di RSJ karena sudah 2 minggu tidak mau mandi, badan sangat bau, tidak mau mengganti pakaian, kuku panjang dan hitam, tidak memakai alas kaki. Saat dilakukan pengkajian tampak ada luka / koreng di bagian kaki.

**Kasus fiktif 5**

Seorang pasien laki-laki umur 33 tahun dirawat di RSJ karena tidak mau minum obat. Pasien dirawat yang ketiga. Saat dilakukan pengkajian ditemukan sering tertawa sendiri, mondar-mandir, pasien mengatakan mendengar suara Bapak nya yang telah meninggal 1 tahun lalu, saat mendengar pada malam hari menjelang tidur. Pasien sudah bisa mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik tetapi tidak mau melakukannya.

## Landasan Teori Asuhan Keperawatan Pada Pasien Harga Diri Rendah (HDR)

**Harga diri rendah** adalah suatu kondisi di mana individu menilai dirinya atau kemampuan dirinya negatif atau suatu perasaan menganggap dirinya sebagai seseorang yang tidak berharga dan tidak dapat bertanggung jawab atas kehidupannya sendiri. CMHN (2006), mendefinisikan harga diri rendah sebagai suatu perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri.

### **Tanda dan Gejala**

Ungkapan negatif tentang diri sendiri merupakan salah satu tanda dan gejala harga diri rendah. Selain itu tanda dan gejala harga diri rendah didapatkan dari data subyektif dan obyektif, seperti tertera di bawah ini.

**Data Subyektif :** Pasien mengungkapkan tentang :

1. Hal negatif diri sendiri atau orang lain contoh “saya jelek Perawat” tidak berharga
2. Perasaan tidak mampu “tidak ada satupun yang dapat saya lakukan Perawat” Saya bodoh Perawat sehingga hal sekecil ini ini tidak mampu saya lakukan”
3. Pandangan hidup yang pesimis : “saya tidak yakin saya mampu melaksanakannya
4. Penolakan terhadap kemampuan diri
5. Mengevaluasi diri tidak mampu mengatasi situasi

**Data Obyektif :**

1. Penurunan produktivitas Pasien lebih banyak berdiam diri tanpa mampu melakukan kegiatan apapun
2. Tidak berani menatap lawan bicara
3. Lebih banyak menundukkan kepala saat berinteraksi
4. Bicara lambat dengan nada suara lemah
5. Bimbang, perilaku yang non asertif
6. Mengekspresikan tidak berdaya dan tidak berguna

Menurut CMHN (2006), tanda dan gejala harga diri rendah adalah :

1. Mengkritik diri sendiri
2. Perasaan tidak mampu
3. Pandangan hidup yang pesimis

4. Penurunan produktivitas
5. Penolakan terhadap kemampuan diri
6. Kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan kurang, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, bicara lambat dengan nada suara lemah.

#### Landasan Teori Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial

**Isolasi sosial** adalah keadaan di mana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang harmonis.

Tanda dan gejala isolasi sosial dapat ditemukan dengan **wawancara**, melalui bentuk pertanyaan sebagai berikut :

- a) Bagaimana perasaan Saudara saat berinteraksi dengan orang lain?
- b) Bagaimana perasaan Saudara ketika berhubungan dengan orang lain? Apa yang Saudara rasakan? Apakah Saudara merasa nyaman?
- c) Bagaimana penilaian Saudara terhadap orang-orang di sekeliling Saudara (keluarga atau tetangga)?
- d) Apakah saydara mempunyai anggota keluarga atau teman terdekat? Bila punya siapa anggota keluarga dan teman dekatnya itu?
- e) Adakah anggota keluarga atau teman yang tidak dekat dengan saudara? Bila punya siapa anggota keluarga dan teman yang tidak dekatnya itu?
- f) Apa yang membuat Saudara tidak dekat dengan orang tersebut?

#### **Tanda dan Gejala**

Tanda dan gejala isolasi dapat dinilai dari ungkapan pasien yang menunjukkan penilaian negatif tentang hubungan sosial dan didukung dengan data hasil observasi.

#### **Data Subyektif :**

Pasien mengungkapkan tentang

- 1) Perasaan sepi
- 2) Perasaan tidak aman
- 3) Perasaan bosan dan waktu terasa lambat
- 4) Ketidakmampuan berkonsentrasi
- 5) Perasaan ditolak

**Data Obyektif :**

- 1) Banyak diam
- 2) Tidak mau bicara
- 3) Menyendiri
- 4) Tidak mau berinteraksi
- 5) Tampak sedih
- 6) Ekspresi datar dan dangkal
- 7) Kontak mata kurang

**Landasan Teori Asuhan Keperawatan Halusinasi**

**Halusinasi** adalah sebagai suatu tanggapan dari panca indera tanpa adanya ransangan ( stimulus ) eksternal. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mengekspresikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi.

Ada lima jenis halusinasi yaitu pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap, dan perabaan. Halusinasi pendengaran merupakan jenis halusinasi yang paling banyak di temukan. Halusinasi jenis ini terjadi pada 70% pasien, kemudian halusinasi penglihatan 20%, dan sisanya 10% adalah halusinasi penghidu, pengecap dan perabaan. Pasien halusinasi merasakan adanya stimulus yang sebetulnya tidak ada. Perilaku yang teramati dari pasien yang sedang mengalami halusinasi pendengaran adalah pasien mengatakan mendengarkan suara padahal tidak ada stimulus suara atau tidak ada orang lain di sekeliling pasien yang sedang di ajak bicara. Sedangkan pada halusinasi penglihatan pasien mengatakan melihat orang atau sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada apapun di sekitar pasien. Pada halusinasi penghidu pasien mengatakan membaui bau-bauan tertentu padahal orang lain tidak merasakan sensasi serupa. Sedangkan pada halusinasi pengecap, pasien mengatakan makan atau minum sesuatu yang menjijikan. Pada halusinasi perabaan pasien merasakan adanya binatang atau sesuatu yang merayap di tubuhnya atau di permukaan kulit.

## Landasan Teori Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Keliat, (2011) **Perilaku kekerasan** adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Herdman (2012) mengatakan bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang diperlihatkan oleh individu. Bentuk ancaman bisa fisik, emosional atau seksual yang ditujukan kepada orang lain.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan :

- Respons emosi yang timbul sebagai reaksi terhadap kecemasan yang meningkat dan dirasakan sebagai ancaman (diejek/dihina).
- Ungkapan perasaan terhadap keadaan yang tidak menyenangkan (kecewa, keinginan tidak tercapai, tidak puas).
- Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

	<b>Pasif</b>	<b>Asertif</b>	<b>Agresif</b>
Isi bicara	<ul style="list-style-type: none"> <li>Negatif</li> <li>Menghina</li> <li>Dapatkah saya lakukan</li> <li>Dapatkah ia lakukan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Positif</li> <li>Menghargai diri sendiri</li> <li>Saya dapat/tidak pernah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berlebihan</li> <li>Menghina orang lain</li> <li>Anda selalu/tidak pernah</li> </ul>
Nada suara	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diam</li> <li>Lemah</li> <li>Merengek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diatur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tinggi</li> <li>Menuntut</li> </ul>
Posture/sikap tubuh	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melotot</li> <li>Menundukkan kepala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tegak</li> <li>Rileks</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tenang</li> <li>Bersandar ke depan</li> </ul>
Personal space	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orang lain dapat masuk pada tutorial pribadinya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menjaga jarak yang menyenangkan</li> <li>Mempertahankan hak tempat/territorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memasuki tutorial orang lain</li> </ul>
Gerakan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minimal</li> <li>Lemah</li> <li>Resah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memperlihatkan gerakan yang sesuai</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengancam, ekspansi gerakan</li> </ul>
Kontak mata	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sedikit atau tidak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sekali-kali</li> <li>Sesuai dengan kebutuhan interaksi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melotot</li> </ul>

## Landasan Teori Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

**Perawatan diri** adalah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya. Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri (kebersihan diri, berhias, makan, *toileting*), (Herdman, T.H, 2012)

### Pengkajian Defisit Perawatan Diri

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarga. Tanda dan gejala Defisit Perawatan Diri yang dapat ditemukan dengan **wawancara**, melalui pertanyaan sebagai berikut :

- a. Coba ceritakan kebiasaan/ cara pasien dalam membersihkan diri?
- b. Apa yang menyebabkan pasien malas mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan menggunting kuku?
- c. Bagaimana pendapat pasien tentang penampilan dirinya? Apakah pasien puas dengan penampilan sehari-hari pasien?
- d. Berapa kali sehari pasien menyisir rambut, berdandan, bercukur (untuk laki-laki) secara teratur?
- e. Menurut pasien apakah pakaian yang digunakan sesuai dengan kegiatan yang akan dilakukan?
- f. Coba ceritakan bagaimana kebiasaan makan dan minum pasien?
- g. Menurut pasien apakah alat makan yang digunakan sesuai dengan fungsinya?
- h. Coba ceritakan apa yang pasien lakukan ketika selesai BAB atau BAK?
- i. Apakah pasien membersihkan diri dan tempat BAB atau BAK setelah BAB dan BAK?
- j. Tanyakan mengenai pengetahuan pasien mengenai cara perawatan diri yang benar.

Tanda dan gejala defisit perawatan diri yang dapat ditemukan melalui observasi adalah sebagai berikut :

- a. Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor.

- b. Ketidakmampuan berhias/berdandan, ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien lak-laki tidak bercukur, pada pasien wanita tidak berdandan.
- c. Ketidakmampuan makan secara mandiri, ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makan dan minum sendiri, makan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya.

**Ketidakmampuan BAB dan BAK secara mandiri, ditandai dengan BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB dan BAK.**

## **Kegiatan Praktik Klinik 2**

### **Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS)**

#### **Landasan Teori Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi**

Tujuan umum dari terapi aktivitas kelompok sosialisasi adalah meningkatkan kemampuan sosialisasi pada pasien dengan isolasi sosial. Sedangkan tujuan khususnya adalah :

- 1) Meningkatkan kemampuan komunikasi verbal pasien
- 2) Pasien dapat meningkatkan kemampuan komunikasi non verbal
- 3) Pasien dapat berlatih mematuhi peraturan
- 4) Pasien dapat meningkatkan interaksi dengan pasien lain
- 5) Pasien dapat meningkatkan partisipasi dalam kelompok
- 6) Pasien dapat mengungkapkan pengalamannya yang menyenangkan
- 7) Pasien dapat menyatakan perasaan tentang terapi aktivitas kelompok sosialisasi

Kriteria Pasien yang dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok adalah :

- 1) Pasien menarik diri yang cukup kooperatif
- 2) Pasien yang sulit mengungkapkan perasaannya melalui komunikasi verbal
- 3) Pasien dengan gangguan menarik diri yang telah dapat berinteraksi dengan orang lain
- 4) Pasien dengan kondisi fisik yang dalam keadaan sehat (tidak sedang mengidap penyakit fisik tertentu seperti diare, thypoid dan lain-lain)
- 5) Pasien halusinasi yang sudah dapat mengontrol halusinasinya
- 6) Pasien dengan riwayat marah / amuk yang sudah tenang

#### 1. Tahapan terapi aktivitas kelompok (TAK)

Terapi aktivitas kelompok terdiri dari 4 fase yaitu :

- 1) Fase Pra kelompok : Fase ini dimulai dengan membuat tujuan terapi, menentukan *leader*, jumlah anggota, kriteria anggota, tempat dan waktu kegiatan serta media yang digunakan. Jumlah anggota pada terapi kelompok biasanya 7 - 8 orang. Sedangkan jumlah minimum 4 dan maksimum 10. Kriteria anggota yang akan mengikuti terapi aktivitas kelompok adalah : sudah terdiagnosa baik medis maupun keperawatan, tidak terlalu gelisah, tidak agresif, serta tidak terdiagnosa dengan waham.

## 2) Fase Awal kelompok

Fase ini ditandai dengan timbulnya ansietas karena masuknya anggota kelompok, dan peran baru. Fase ini terbagi atas tiga fase, yaitu orientasi, konflik dan kohesif.

### a) Tahap orientasi

Pada fase ini anggota mulai mencoba mengembangkan sistem sosial masing-masing, leader menunjukkan rencana terapi dan menyepakati kontrak dengan anggota.

### b) Tahap konflik

Merupakan masa sulit dalam proses kelompok. Pemimpin perlu memfasilitasi ungkapan perasaan, baik positif maupun negatif dan membantu kelompok mengenali penyebab konflik. Serta mencegah perilaku-perilaku yang tidak produktif.

### c) Tahap kohesif

Anggota kelompok merasa bebas membuka diri tentang informasi dan lebih intim satu sama lain.

## 3) Fase Kerja kelompok

Pada fase ini, kelompok sudah menjadi tim. Kelompok menjadi stabil dan realistis. Pada akhir fase ini, anggota kelompok menyadari produktifitas dan kemampuan yang bertambah disertai percaya diri dan kemandirian.

## 4) Fase Terminasi

Fase ini ditandai oleh perasaan puas dan pengalaman kelompok akan digunakan secara individual pada kehidupan sehari-hari. Terminasi dapat bersifat sementara (temporal) atau akhir.

## Pre – Post Test

1. Seorang pasien usia 27 tahun dirawat di RSJ karena tidak mau bicara dengan orang lain. Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan malu merasa tidak mampu menjadi istri dan ibu yang baik sehingga suaminya mencari perempuan lain. Apakah diagnosis keperawatan pada kasus tersebut:
  - a. Halusinasi
  - b. Isolasi Sosial
  - c. Harga Diri Rendah
  - d. Defisit Perawatan Diri
  - e. Risiko Perilaku Kekerasan
2. Seorang pasien usia 27 tahun dirawat di RSJ karena tidak mau bicara dengan orang lain. Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan malu merasa tidak mampu menjadi istri dan ibu yang baik sehingga suaminya mencari perempuan lain. Manakah data obyektif pada kasus tersebut?
  - a. Malu
  - b. Merasa jelek
  - c. Tidak mau bicara
  - d. Merasa tidak mampu
  - e. Tidak mampu menjadi istri
3. Seorang laki-laki usia 23 tahun dirawat di RSJ sudah satu minggu yang lalu karena tidak mau minum obat. Saat dilakukan pengkajian ditemukan pasien mengatakan senang sendiri, tidak mau berbicara dengan orang lain, bila berbicara suaranya pelan, jawaban ya dan tidak, sering menunduk. Apakah diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
  - a. Halusinasi
  - b. Isolasi Sosial
  - c. Harga Diri Rendah
  - d. Defisit Perawatan Diri
  - e. Risiko Perilaku Kekerasan
4. Seorang laki-laki usia 23 tahun dirawat di RSJ karena senang menyendiri. Saat dilakukan pengkajian ditemukan pasien mengatakan senang menyendiri, pasien mengalami isolasi sosial. Pasien sudah diajarkan berkenalan dengan orang lain. Apakah tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?
  - a. Mengajarkan cara berkenalan dengan orang lain

- b. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki
  - c. Mengajarkan cara mandi dengan benar
  - d. Mengajarkan cara menyapu lantai
  - e. Mengajarkan cara menghardik
5. Seorang laki-laki usia 44 tahun dirawat di RSJ karena mengancam orang dan pernah memukul orang lain. Saat dilakukan pengkajian pasien masih tampak marah, wajah tampak merah, tangan mengepal dan pandangan tajam, bila berbicara suaranya sangat keras. Apakah diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Halusinasi
  - b. Isolasi Sosial
  - c. Harga Diri Rendah
  - d. Defisit Perawatan Diri
  - e. Risiko Perilaku Kekerasan
6. Seorang laki-laki usia 44 tahun dirawat di RSJ dengan perilaku kekerasan. Pasien sedang diajarkan cara tarik nafas dalam sampai orientasi. Bagaimana strategi komunikasi selanjutnya pada kasus tersebut?
- a. “caranya ambil nafas dari hidung, tahan dan hembuskan secara perlahan melalui mulut”
  - b. “nanti sore bapak bisa lakukan kembali dan masukkan ke jadwal kegiatan”
  - c. “bagaimana perasaan bapak setelah belajar nafas dalam”
  - d. “selamat pagi pak, bagaimana perasaan bapak hari ini?”
  - e. “tujuannya agar perasaan ibu menjadi lega”
7. Seorang perempuan usia 55 tahun, dirawat di RSJ karena sudah 2 minggu tidak mau mandi, badan sangat bau, tidak mau mengganti pakaian, kuku panjang dan hitam, tidak memakai alas kaki. Saat dilakukan pengkajian tampak ada luka / koreng di bagian kaki. Apakah diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Halusinasi
  - b. Isolasi Sosial
  - c. Harga Diri Rendah
  - d. Defisit Perawatan Diri
  - e. Risiko Perilaku Kekerasan
8. Seorang perempuan usia 55 tahun, dirawat di RSJ karena sudah 2 minggu tidak mau mandi, badan sangat bau, tidak mau mengganti pakaian, kuku panjang dan hitam, tidak memakai alas kaki. Saat dilakukan pengkajian tampak ada luka / koreng di bagian kaki. Apakah tindakan keperawatan pada kasus tersebut?

- a. Ajarkan cara mandi
  - b. Ajarkan cara merawat luka
  - c. Ajarkan cara menyapu lantai
  - d. Ajarkan cara berhias
  - e. Ajarkan cara kebersihan toileting
9. Seorang laki-laki usia 33 tahun dirawat di RSJ karena tidak mau minum obat. Pasien dirawat yang ketiga. Saat dilakukan pengkajian ditemukan sering tertawa sendiri, mondar-mandir, pasien mengatakan mendengar suara Bapak nya yang telah meninggal 1 tahun lalu, saat mendengar pada malam hari menjelang tidur. Apakah diagnosa keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Halusinasi
  - b. Isolasi Sosial
  - c. Harga Diri Rendah
  - d. Defisit Perawatan Diri
  - e. Risiko Perilaku Kekerasan
10. Seorang laki-laki usia 33 tahun dirawat di RSJ karena tidak mau minum obat. Pasien dirawat yang ketiga. Saat dilakukan pengkajian ditemukan sering tertawa sendiri, mondar-mandir, pasien mengatakan mendengar suara Bapak nya yang telah meninggal 1 tahun lalu, saat mendengar pada malam hari menjelang tidur. Pasien sudah bisa mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik tetapi tidak mau melakukannya. Apakah tindakan selanjutnya?
- a. Ajarkan kembali cara menghardik
  - b. Ajarkan cara minum obat dengan benar
  - c. Ajarkan cara melakukan kegiatan harian
  - d. Ikutsertakan dalam kegiatan TAK
  - e. Berikan tanggungjawab yang lebih di ruangan

## Umpan Balik dan Rencana Tindak Lanjut

Cocokkanlah jawaban Saudara dengan Kunci Jawaban Pre – Post Test yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut:

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN YANG BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100% = baik sekali

80 – 98% = baik

70 – 79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila Saudara mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih bagus. Saudara dapat meneruskan praktikum pada modul berikut. Tetapi jika masih di bawah 80%, Saudara harus mengulangi materi kegiatan praktikum ini terutama bagi yang belum dikuasai.

## Uji Keterampilan

1. Buatlah kasus fiktif pada setiap kelompok terdiri dari asuhan keperawatan halusinasi, harga diri rendah, isolasi sosial, risiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri. Tambahkan data-datayang menungjang yang terdiri dari predisposisi dan presipitasi.
2. Buatlah proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi secara bergantian dan masukkan ke format pengkajian jiwa.
3. Dokumentasikan seluruh kegiatan menggunakan tulisan tangan rapih.
4. Lakukan penilaian secara bergantian menggunakan format penilaian yang sudah disediakan. Gunakan format pada modul 1.

### **Kunci Jawaban Pre – Post Test**

1. C
2. C
3. B
4. A
5. E
6. A
7. D
8. A
9. A
10. A

## DAFTAR PUSTAKA

1. Capernito Linda Jual, 2001, *Buku Saku Diagnose Keperawatan*, edisi 8, alih bahasa Monica Ester & Setiawan, EGC, Jakarta.
2. Copel Linda Carman, 2007, *Kesehatan Jiwa dan Psikiatri*, edisi 2, EGC Jakarta.
3. Keliat Budi Anna, 1994, *Gangguan Konsep Diri*, EGC, Jakarta.
4. Keliat Budi Anna, 1999, *Gangguan Koping Citra Tubuh dan Seksual pada Pasien Kanker*, EGC, Jakarta.
5. Keliat Budi Anna, Et.al., 2006, *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*, edisi 2, EGC, Jakarta.
6. Keliat Budi Anna, Et.al., 2005, *Keperawatan Jiwa, Terapi Aktivitas Kelompok*, Cetakan Pertama, EGC, Jakarta.
7. Keliat Budi Anna, Et.al., 2013, *Keperawatan Jiwa, Terapi Aktivitas Kelompok*, Cetakan Pertama, EGC, Jakarta.
8. Nurjanah Intan Sari, 2005, *Pedoman Penanganan Pada Gangguan Jiwa*, Mocomedia, Yogyakarta.
9. Nurjanah Intan Sari, 2005, *Aplikasi Proses Keperawatan*, Mocomedica, Yogyakarta.
10. Nurjanah Intan Sari, 2005, *Komunikasi Keperawatan*, Mocomedica, Yogyakarta.
11. Stuart, 2009, *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, ninth edition, Mosby St. Louis, Philadelphia.
12. Stuart, W. Gail, *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Edisi 5, EGC Jakarta.
13. Suliswati, Et.al., 2005, *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*, EGC, Jakarta.
14. Tim Keperawatan Jiwa RSMM dan FIKUI, 2009, *Keperawatan Keperawatan Jiwa*
15. Wilkinson M. Judith, 2012, *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC*, EGC, Jakarta.
16. Yosep Iyus, 2007, *Keperawatan Jiwa*, Refika Aditama, Bandung.
17. Laraia, 2016, *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Elsevier.

LAMPIRAN

N A M A : .....
N I M : .....

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN JIWA**

**A. PENGKAJIAN**

Tanggal Pengkajian : ..... Nomor Register : .....

Ruangan Rawat : ..... Diagnosa Medis : .....

Tanggal Dirawat : .....

**1. IDENTITAS PASIEN**

Nama : .....

Umur : .....

Status Perkawinan : .....

Agama : .....

Suku Bangsa : .....

Pendidikan : .....

Alamat : .....

Sumber Informasi : .....

**2. ALASAN MASUK**

.....  
.....

**3. FAKTOR PREDISPOSISI**

- a. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu? ( ) Ya ( ) Tidak
- b. Pengobatan sebelumnya ( ) Berhasil ( ) Kurang Berhasil ( )  
Tidak Berhasil
- c. Pelaku/Usia Korban/Usia Saksi/Usia

- Aniaya Fisik ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- Aniaya Seksual ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- Penolakan ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- Kekerasan dalam Keluarga ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- Tindakan Kriminal ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**Jelaskan a, b, dan c :** .....

.....

**Masalah Keperawatan :** .....

- d. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ( ) Ya ( ) Tidak
- |                   |        |                              |
|-------------------|--------|------------------------------|
| Hubungan keluarga | Gejala | Riwayat pengobatan/perawatan |
| .....             | .....  | .....                        |
- Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan
- .....

**Masalah Keperawatan :** .....

#### 4. PEMERIKSAAN FISIK

- a. Tanda vital :

TD: .....

N : .....

S : .....

P : .....

- b. Ukur :

TB: .....

BB: .....

- c. Keluhan Fisik : ( ) Ya ( ) Tidak

Jelaskan : .....

.....

**Masalah Keperawatan :** .....

**5. PSIKOSOSIAL**

a. Genogram : Gambarkan

**Jelaskan:**

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

**Masalah**

**Keperawatan**

.....

b. Konsep Diri

- 1) Gambaran diri : .....
- 2) Identitas : .....
- 3) Peran : .....
- 4) Ideal Diri : .....
- 5) Harga Diri : .....

**Masalah Keperawatan** : .....

c. Hubungan Sosial

- 1) Orang yang berarti : .....
- 2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : .....
- 3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : .....

**Masalah Keperawatan** : .....

d. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan : .....
- 2) Kegiatan ibadah : .....



f. Interaksi selama wawancara

- Bermusuhan       Tidak kooperatif       Mudah tersinggung  
 Kontak mata kurang       Defensif       Curiga

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan :** .....

g. Persepsi Halusinasi

- Pendengaran       Penglihatan       Perabaan  
 Pengecapan       Penciuman

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan :** .....

h. Proses Pikir

- Sirkumtansi       Tangensial       Kehilangan Asosiasi  
 Flight of ideas       Blocking  
 Pengulangan pembicaraan/persevarasi

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan :** .....

i. Isi Pikir

- Obsesi       Fobia       Hipokondria  
 Depersonalisasi       Ide yang terkait       Pikiran magis

Waham :

- Agama       Somatik       Kebesaran       Curiga  
 Nihilistik       Sisip pikir       Siar Pikir       Kontrol pikir

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan :** .....

j. Tingkat Kesadaran

- Bingung       Sedasi       Stupor

Disorientasi :

- Waktu       Tempat       Orang

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan :** .....

Memori

Gangguan daya ingat jangka panjang

Gangguan daya ingat jangka pendek

Gangguan daya ingat saat ini                       Konfabulasi

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan :** .....

Mudah beralih                       Tidak mampu berkonsentrasi

Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan :** .....

k. Kemampuan Penilaian

Gangguan ringan                       Gangguan bermakna

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan :** .....

l. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita

Menyalahkan hal – hal di luar dirinya

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan :** .....

## 7. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

a. Makan

Bantuan minimal                       Bantuan total

.....

b. BAB/BAK

Bantuan minimal                       Bantuan total

.....

...

c. Mandi

( ) Bantuan minimal ( ) Bantuan total

.....

.....

d. Berpakain/berhias

( ) Bantuan minimal ( ) Bantuan total

.....

.....

e. Istirahat dan tidur

( ) Tidur siang lama :

.....s/d.....

( ) Tidur malam lama :

.....s/d.....

( ) Kegiatan sebelum/sesudah tidur :

.....s/d.....

f. Penggunaan obat

( ) Bantuan minimal ( ) Bantuan total

.....

....

g. Pemeliharaan kesehatan Ya Tidak

Perawatan lanjutan ( ) ( )

Sistem pendukung ( ) ( )

h. Kegiatan di dalam rumah Ya Tidak

Mempersiapkan makanan ( ) ( )

Mencuci pakaian ( ) ( )

Pengaturan keuangan ( ) ( )

Kegiatan di luar rumah Ya Tidak

Belanja ( ) ( )

Transportasi ( ) ( )

Lain – lain ( ) ( )

Jelaskan : .....

**Masalah Keperawatan** : .....

**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** : .....

**9. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN**

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik .....
- Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik .....
- Masalah dengan pendidikan, spesifik .....
- Masalah dengan pekerjaan, spesifik .....
- Masalah dengan perumahan, spesifik .....
- Masalah ekonomi, spesifik .....
- Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik.....
- Masalah lainnya, spesifik .....
- Masalah dengan dukungan lingkungan .....

**Masalah Keperawatan** : .....

**10. PENGETAHUAN KURANG TENTANG**

- Penyakit jiwa     Sistem pendukung     Faktor presipitasi
- Penyakit fisik     Koping     Obat-obatan     Lainnya

**Masalah Keperawatan** : .....

**11. ASPEK MEDIK**

**Diagnosa medik :** .....

**Terapi medik :** .....

.....

Jakarta, .....20

Mahasiswa

(.....)

## 12. ANALISA DATA

Initial Nama : ..... Ruangan : ..... No. RM : .....

TANGGAL / JAM	DATA FOKUS	MASALAH KEPERAWATAN

### 13. POHON MASALAH

## **B. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN**

### C. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : ..... Ruangan : ..... No. RM : .....

HARI / TGL / JAM	NO. DX / KEP / SP	TINDAKAN / KEPERAWATAN	EVALUASI	NAMA / / PARAF

## **PETUNJUK PENGISIAN IMPLEMENTASI DAN EVALUASI TINDAKAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA**

1. Kolom diagnosis : tulis nomor dan rumusan diagnosis.
2. Kolom implementasi : tulis tanggal dan jam dilakukannya tindakan.
3. Tulis semua tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana.
4. Kolom evaluasi :
  - a. Tulis semua respon pasien / keluarga terhadap tindakan yang telah dilaksanakan baik obyektif maupun subyektif.
  - b. Analisa respon pasien dengan mengaitkan diagnosa, data, dan tujuan jika ditemukan masalah baru maka dituliskan apakah akan dirumuskan diagnosa baru.
  - c. Tuliskan rencana lanjutan, dapat berupa :
    - 1) Rencana dilanjutkan jika hasil evaluasi sesuai harapan
    - 2) Selesaikan jika tujuan telah tercapai
    - 3) Modifikasi tindakan jika semua rencana telah dilaksanakan tetapi tujuan belum tercapai
    - 4) Batal jika hasil evaluasi kontradiksi dengan diagnosa yang ada
5. Tulis nama jelas dan tanda tangan setiap selesai melaksanakan tindakan dan evaluasi.

## JADWAL KEGIATAN HARIAN

**Nama** : ..... **No.CM** : .....

**Alamat** : ..... **Ruangan** : .....

NO	WAKTU	KEGIATAN	TANGGAL PELAKSANAAN										KET		
1.	05.00-06.00														
2.	06.00-07.00														
3.	08.00-09.00														
4.	09.00-10.00														
5.	10.00-11.00														
6.	11.00-12.00														
7.	12.00-13.00														
8.	13.00-14.00														
9.	14.00-15.00														
10.	15.00-16.00														
11.	16.00-17.00														
12.	17.00-18.00														
13.	18.00-19.00														
14.	19.00-20.00														
15.	20.00-21.00														
16.	21.00-22.00														

Keterangan

Isi kolom di bawah tanggal dengan :

M : bila dikerjakan mandiri

B : bila dikerjakan dengan bantuan

T : bila tidak dikerjakan

## **LAPORAN PENDAHULUAN**

- I. Kasus ( Masalah Utama )
- II. Proses Terjadinya Masalah
- III. \* Pohon Masalah  
\* Masalah Keperawatan dan Data yang perlu dikaji
- IV. Diagnosa Keperawatan
- V. Rencana Tindakan Keperawatan

## STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN SEHARI – HARI

**Pertemuan** : .....

**Hari / Tanggal** : .....

**Nama Pasien (Inisial)** : .....

**Ruangan** : .....

### A. Proses Keperawatan

**1. Kondisi Pasien** :

.....

.....

**2. Diagnosa Keperawatan** :

.....

.....

**3. Tujuan Khusus** :

.....

.....

**4. Tindakan Keperawatan** :

.....

.....

### B. Strategi Komunikasi

**1. Orientasi**

**a. Salam Terapeutik** :

.....

.....

**b. Evaluasi/validasi** :

.....

.....

**c. Kontrak (topik, waktu dan tempat)** :

.....

.....

**d. Tujuan** :

.....

.....

2. **Kerja (menjabarkan langkah – langkah tindakan keperawatan secara operasional)**  
 .....  
 .....  
 .....
3. **Terminasi**
  - a. **Evaluasi (respon pasien terhadap tindakan keperawatan)**
    - 1) **Evaluasi Subyektif** :
    - .....
    - 2) **Evaluasi Obyektif** :
    - .....
  - b. **Rencana Tindak Lanjut (yang perlu dilatih pasien sesuai hasil tindakan yang dilakukan)**  
 .....  
 .....  
 .....
  - c. **Kontrak yang akan datang (topik, waktu dan tempat)**  
 .....  
 .....  
 .....

**PETUNJUK TEHNIS PENGISIAN FORMAT PENGKAJIAN KESEHATAN**

Tulis ruang perawatan, tanggal dirawat, nama pengantar, hubungan dengan pengantar dan tanggal pengkajian.

**1. IDENTITAS PASIEN**

Perawat dan pasien melakukan perkenalan dan kontrak tentang :nama perawata, panggilan perawat, nama pasien dan panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan dan topik yang akan dibicarakan.

**2. ALASAN MASUK**

- a. Apa yang menyebabkan pasien / keluarga mencari pertolongan ke rumah sakit saat ini?
- b. Karakteristik keluhan utama yang berhubungan dengan masalah gangguan adaptasi psikologi.
- c. Pertolongan yang telah dilakukan dan bagaimana hasilnya.
- d. Perkembangan dan uraikan keadaan saat ini.

### **3. FAKTOR PREDIPOSISI**

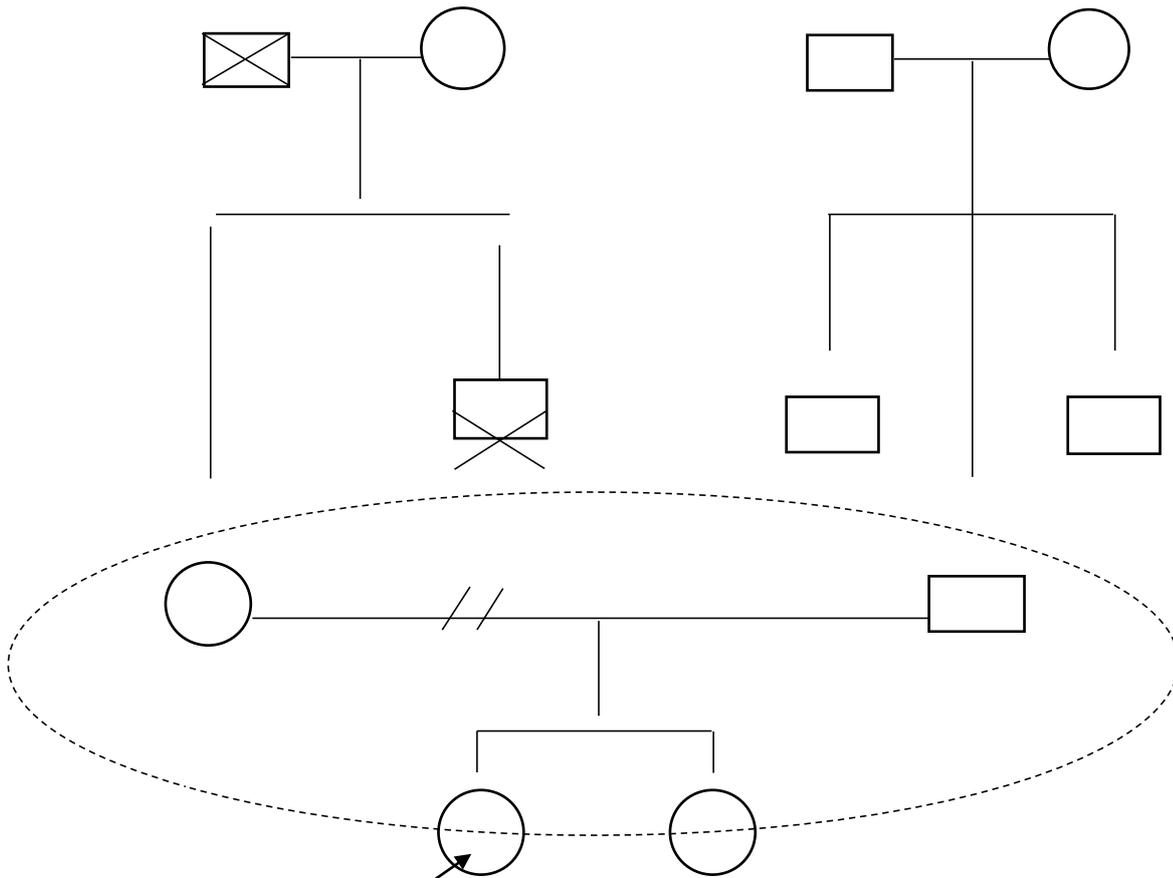
- a. Apakah pasien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?
- b. Bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah :
  - Berhasil : bila dapat beradaptasi di masyarakat tanpa gejala gangguan jiwa
  - Kurang berhasil : bila dapat beradaptasi di masyarakat, tapi masih ada gejala sisa
  - Tidak berhasil : tidak ada kemajuan, gejala bertambah atau menetap
- c. Apakah pasien pernah melakukan , mengalami aniaya fisik, seksual penolakan dan kekerasan dalam keluarga atau hanya sebagai saksi dari kejadian tersebut?
- d. Adakah anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa?
- e. Apakah pasien mempunyai pengalaman di masa lalu yang tak menyenangkan (kegagalan – kehilangan / perpisahan / kematian dan trauma selama tumbuh kembang)?

### **4. PEMERIKSAAN FISIK**

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ dan jelaskan sesuai keluhan fisik utama yang dirasakan pasien, uraikan data subyektif dan data obyektif.

### **5. STATUS PSIKOSOSIAL**

- a. Buat Genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan pasien dan keluarga.



Keterangan Genogram :

- |  |                   |  |                              |
|--|-------------------|--|------------------------------|
|  | = Perempuan       |  | = Orang yang tinggal serumah |
|  | = Pasien          |  | = Laki - laki                |
|  | = Meninggal       |  | = Cerai / Putus hubungan     |
|  | = Garis Keturunan |  | = Garis pernikahan           |

- Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh atau pengaruh genetik lain yang mempengaruhi adaptasi pasien saat ini.
- Apakah ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan bagaimana hubungan pasien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

b. Konsep diri :

1) Gambaran dini dan mendatang :

- Bagaimana pasien menilai tentang dirinya dan bagian tubuh yang disukai dan tak disukai dan hal – hal lain yang ingin diubah dari dirinya.

2) Identitas diri :

- Bagaimana posisi pasien dalam keluarga, kelompok atau masyarakat sebelum dirawat.
- Bagaimana perasaan pasien terhadap status dan posisi tersebut (sekolah tempat kerja) bagaimana perasaan / kepuasan pasien terhadap jenis kelaminnya.

3) Peran diri

- Tugas dan peran yang diemban pasien dalam keluarga / kelompok / masyarakat
- Bagaimana kemampuan untuk melaksanakan tugas / peran tersebut.

4) Ideal diri :

- Harapan pasien terhadap penyakitnya
- Harapan pasien terhadap dirinya, posisi, status, tugas dan peran

5) Harga diri :

- Bagaimana hubungan pasien dengan orang lain sehubungan dengan gambaran diri, ideal diri, peran dan identitas diri.
- Bagaimana penilaian dan penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya

c. Hubungan Sosial

- 1) Siapakah orang yang paling berarti dalam kehidupan pasien (tempat mengadu, bicara dan minta bantuan)
- 2) Kelompok yang diikuti pasien dalam masyarakat
- 3) Sejauh mana pasien terlibat dalam kelompok dan hambatan dalam berhubungan sosial

d. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan yang dianut oleh pasien
- 2) Kegiatan ibadah secara individu / kelompok

**6. STATUS MENTAL**

Beri tanda ✓ pada kotak yang disediakan sesuai dengan keadaan pasien, boleh lebih dari satu dan jelaskan keadaan pasien yang tak tercantum dalam kotak :

**a. Penampilan :**

1) Tidak rapih :

Penampilan dari ujung rambut sampai kaki tidak rapih, rambut acak – acakan, kancing baju tidak tepat, baju terbalik dan baju tidak diganti – ganti.

- 2) Penggunaan pakaian tidak sesuai seperti pakaian dalam dikenakan di luar baju.
- 3) Penggunaan pakaian tidak seperti biasanya (tidak sesuai tempat, waktu, identitas, kondisi)

Jelaskan apakah pasien berpakaian tidak sesuai dengan jenis kelamin atau hal – hal lain yang ditampakkan pasien dan kondisi tidak tercantum.

**b. Pembicaraan :**

- 1) Amatilah pembicaraan pasien apakah cepat, gagap dll
- 2) Pembicaraan inkonheren, bila pembicaraan berpindah – pindah dari satu kalimat ke kalimat lain tidak ada kaitannya

**c. Aktivitas Motorik**

- 1) Lesuh, tegang, gelisah.
- 2) Agitasi : gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan
- 3) Tik : gerakan – gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol
- 4) Kompulsif : kegiatan motorik yang digunakan berulang – ulang
- 5) Tremor : jari – jari gemetar

Jelaskan aktivitas – aktivitas lain yang ditampilkan pasien dengan kondisi yang tidak tercantum seperti : Echopraksis dll.

**d. Alam Perasaan :**

- 1) Sedih, putus asa, gembira yang berlebihan sudah jelas
- 2) Ketakutan : obyek yang ditakuti jelas
- 3) Khawatir : obyek yang ditakuti belum jelas

**e. Afek :**

- 1) Datar : tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulasi yang menyenangkan atau menyedihkan
- 2) Tumpul : hanya bereaksi bila ada stimulasi yang kuat
- 3) Labil : emosi yang cepat berubah
- 4) Tidak sesuai : emosi bertentangan dengan stimulasi yang diberikan

**f. Interaksi selama wawancara :**

- 1) Bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, sudah jelas
- 2) Kontak mata kurang ; tidak mau menatap lawan bicara
- 3) Defensif ; selali berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya

4) Curiga sikap atau perasaan tidak percaya orang lain

**g. Persepsi :**

- 1) Beri tanda √ jenis – jenis halusinasi
- 2) Isi frekwensi, gejala halusinasi yang tampak saat pasien berhalusinasi, Jelaskan.

**h. Proses pikir :**

Mengobservasi pembicaraan pasien saat wawancara

- 1) Srikumstansial : berbelit – belit tetapi sampai pada tujuan (pada usia lanjut)
- 2) Tangensial : pembicaraan yang berbelit – belit tapi tidak sampai tujuan
- 3) Kehilangan asosiasi : pembicaraanya tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya
- 4) Flight of ideas : pembicaraan meloncat – loncat dari satu topik ke topik lainnya masih ada hubungannya, tidak sampai tujuan
- 5) Bloking : pembicaraan terhenti tiba – tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan lagi
- 6) Perseverasi : pembicaraan yang diulangi berkali – kali
- 7) Neologisme : pasien menciptakan kata – kata baru, tak dapat dimengerti dan tidak ada ujung pangkalnya (contoh : najobi = cina satu biji, surga = kasur lega dll)

**i. Isi pikir :**

- 1) Obsesi : pikiran selalu muncul walaupun pasien selau berusaha menghilangkannya .
- 2) Fobia : ketakutan photologis dan tidak logis terhadap obyek atau situasi tertentu.
- 3) Hypokondria : keyakinan terhadap gangguan dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada.
- 4) Depersonalisasi : perasaan asing terhadap diri sendiri, orang lain atau lingkungan.
- 5) Ide yang terkait : keyakinan pasien terhadap kejadian di sekitarnya yang bermakna dan terkait dengan dirinya.

- 6) Pikiran magis : keyakinan pasien tentang kemampuannya untuk hal – hal mustahil di luar keinginannya.
- 7) Waham : keyakinan pasien tidak sesuai dengan kenyataan dan diucapkan berulang – ulang, tentang :
  - a) Agama : suatu agama dan dirinya terpilih sebagai Maha Kuasa
  - b) Somatik : tubuhnya sakit atau terganggu
  - c) Kebesaran : kemampuan atau kekuatan yang istimewa
  - d) Curiga : kelompok (orang) yang akan merugikan (mencederai dirinya)
  - e) Nihilistik : dirinya sudah meninggal dunia (tidak ada) putus asa
  - f) Sisip pikir : ada ide orang lain yang disisipkan dalam pikirannya
  - g) Siar pikir : ada orang lain yang mengetahui apa yang sedang dia pikirkan
  - h) Kontrol pikir : yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar

**j. Tingkat kesadaran :**

- 1) Bingung : tampak bingung dan kacau
- 2) Sedasi : merasa melayang – layang antara sadar dan tidak sadar
- 3) Stupor : gangguan motorik seperti kelakuan, gerakan yang diulang – ulang
- 4) Orientasi waktu, tempat, orang cukup jelas

**k. Memori :**

- 1) Gangguan daya ingat jangka panjang = tidak dapat mengingat kejadian yang lebih dari satu bulan
- 2) Gangguan daya ingat jangka pendek = tidak dapat mengingat kejadian dalam minggu terakhir
- 3) Gangguan daya ingat saat ini = tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi
- 4) Konfabulasi = pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar

**l. Tingkat konsentrasi dan berhitung :**

- 1) Mudah beralih = perhatian mudah berganti dari satu obyek ke obyek lain.
- 2) Tidak mampu berkonsentrasi = pasien minta pertanyaannya diulang dan tidak dapat menjelaskan pembicaraan

- 3) Tidak mampu berhitung = tidak dapat melakukan penambahan / pengurangan pada benda – benda nyata

**m. Kemampuan penilaian :**

- 1) Gangguan ringan = dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Contoh : pasien memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi, jika diberi penjelasan pasien dapat mengambil keputusan.
- 2) Gangguan bermakna = tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. Contoh : seperti pada gangguan ringan tetapi setelah diberi penjelasan, pasien masih tidak mampu mengambil keputusan.

**n. Daya tilik diri ( Insight )**

- 1) Mengingkari penyakit yang diderita = tidak menyadari gejala penyakit perubahan fisik, emosi pada dirinya dan merasa tak perlu pertolongan.
- 2) Menyalahkan hal – hal di luar dirinya = menyalahkan orang lain / lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.

**7. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG**

Observasi dan tanyakan pada pasien dan keluarga untuk persiapan pulang atau perawatan berlanjut di rumah tentang :

**a. Makan :**

- 1) Frekuensi, jumlah, variasi, macam dan cara makan
- 2) Kemampuan pasien dalam menyiapkan membersihkan alat makan

**b. BAB / BAK :**

- 1) Kemampuan pasien untuk pergi dan menggunakan serta membersihkan WC
- 2) Apakah pasien membersihkan diri dan merapikan pakaian

**c. Mandi :**

- 1) Frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur kumis, jrnggot dan rambut)
- 2) Kebersihan tubuh dan bau badan

**d. Berpakaian :**

- 1) Kemampuan pasien dalam mengambil, memilih dan mengenakan pakaian dan alas kaki.
- 2) Penampilan dandan pasien

3) Frekuensi ganti pakaian

**e. Istirahat dan tidur :**

- 1) Lama dan waktu tidur siang / malam
- 2) Persiapan sebelum tidur, menyikat gigi, cuci kaki dan berdoa
- 3) Kegiatan sesudah tidur, merapikan tempat tidur, mandi / cuci muka dan menyikat gigi

**f. Penggunaan obat :**

- 1) Pengetahuan tentang obat baik frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara penggunaan obat.
- 2) Reaksi obat.

**g. Pemeliharaan kesehatan :**

- 1) Pengetahuan pasien perawatan dan pengobatan lanjutan
- 2) Sistem pendukung yang dimiliki (keluarga – teman – instansi) dan cara penggunaannya

**h. Kegiatan di dalam rumah :**

- 1) Merencanakan, mengolah dan menyajikan makan
- 2) Merapikan rumah ( kamar tidur, dapur, menyapu, mengepel)
- 3) Mencuci pakaian sendiri
- 4) Mengatur biaya kehidupan sehari – hari

**i. Kegiatan di luar rumah :**

- 1) Apakah pasien melakukan perjalanan mandiri dengan jalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum untuk berbelanja keperluan sehari – hari
- 2) Kegiatan lain, seperti biaya listrik / telepon / air, kantor pos dan bank

**8. MEKANISME KOPING**

Data didapat melalui wawancara pada pasien atau keluarga.

Beri tanda ✓ pada koping yang dimiliki pasien baik adaptif maupun maladaptif yang digunakan pasien dalam menanggulangi permasalahannya.

Tuliskan juga apakah pasien menggunakan koping maladaptif (mekanisme pertahanan diri seperti : proyeksi, supresi, represi, isolasi, regresi, kompensasi dll).

**9. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN**

Data didapatkan melalui wawancara pasien dan keluarganya. Pada tiap masalah yang dimiliki pasien beri uraian spesifik, singkat dan jelas.

## **10. PENGETAHUAN**

Beri tanda √ dari hasil wawancara dengan pasien dan keluarga tentang kurang pengetahuan seperti : support system, cara untuk meningkatkan harga diri, menggunakan koping yang konstruktif, side efek obat – obatan, tanda dan gejala gangguan jiwa dll.

## **11. ASPEK MEDIK**

Tulis diagnosa medik yang dirumuskan oleh dokter.

Tulis obat – obatan pasien saat ini dan uraikan kegunaan dan side efek setiap obat.

## PENILAIAN UJIAN PRAKTEK KEPERAWATAN JIWA

### I. PROSES KEPERAWATAN ( Bobot 80% )

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI					KET
		0	1	2	3	4	
<b>A. PENGKAJIAN</b>							
1.	Data dasar sesuai dengan kondisi pasien						
2.	Analisa data						
3.	Pohon masalah						
4.	Rumusan diagnosa keperawatan						
5.	Dokumentasi pengkajian						
<b>B. RENCANA TINDAKAN</b>							
6.	Rencana tindakan meliputi :						
	a. Psikoterapeutik						
	b. Pendidikan kesehatan						
	c. Kegiatan hidup sehari – hari						
	d. Terapi somatik dan psikofarmaka						
7.	Strategi pelaksanaan						
8.	Dokumentasi rencana keperawatan						
<b>C. IMPLEMENTASI</b>							
9.	Fase Orientasi						
	a. Salam terapeutik						
	b. Evaluasi / validasi						
	c. Kontrak (topik, tempat, waktu)						
	d. Tujuan tindakan						
10.	Fase Kerja (langkah – langkah tindakan keperawatan)						
	a. Teknik komunikasi terapeutik						
	b. Sikap komunikasi terapeutik						
	c. Langkah – langkah tindakan keperawatan sesuai rencana dan kondisi pasien						
	d. Modifikasi / tindakan keperawatan sesuai dengan kondisi pasien saat ini						
	e. Kesesuaian strategi komunikasi dengan tindakan keperawatan						
11.	Fase Terminasi (terminasi sementara)						

	a. Evaluasi respon pasien						
	b. Rencana tindak lanjut						
	c. Kontrak yang akan datang (topik, tempat, waktu)						
12.	Dokumentasi tindakan keperawatan						
<b>D. EVALUASI</b>							
13.	Mengevaluasi keberhasilan dalam menyelesaikan masalah keperawatan						
14.	Dokumentasi evaluasi						

**II, SIKAP ( Bobot 20% )**

No.	ASPEK YANG DINILAI	NILAI					KET
		0	1	2	3	4	
<b>1.</b>	<b>Sikap terhadap pasien :</b>						
	a. Tanggap terhadap kebutuhan pasien						
	b. Menghargai pasien (menjaga privacy pasien)						
	c. Memberi support / reinforcement						
	d. Percaya diri						
	e. Konsisten						
<b>2.</b>	<b>Penampilan diri :</b>						
	a. Disiplin						
	b. Terbuka menerima saran						
	c. Kejujuran						
	d. Kerapian						
	e. Kebersihan						
	f. Kelengkapan seragam dan atribut						

$$\text{NILAI} = \left( \frac{\text{Jumlah nilai I}}{14} \times 80\% \right) + \left( \frac{\text{Jumlah nilai II}}{2} \times 20\% \right) =$$

Jakarta, .....20

Penguji

(.....)

## PEDOMAN PENILAIAN UJIAN PRAKTEK KEPERAWATAN JIWA

### I. PROSES KEPERAWATAN ( 80% )

No	Aspek Yang Dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
<b>A. PENGKAJIAN</b>			
1.	Data dasar sesuai dengan kondisi pasien	4	Memenuhi seluruh kriteria dalam format pengkajian serta sesuai kondisi pasien dan seluruh masalah saat ini.
		3	Memenuhi kriteria dalam format pengkajian sesuai kondisi pasien dan masalah utama saat ini.
		2	Menampilkan data dan merumuskan sebagian masalah.
		1	Hanya menampilkan data saat ini.
		0	Data tidak sesuai dengan kondisi pasien dan masalah.
2.	Analisa data	4	Data fokus sesuai data dasar & & masalah keperawatan.
		3	Data fokus sesuai masalah keperawatan tetapi tidak terdapat pada data dasar.
		2	Data fokus tidak relevan dengan data dasar.
		1	Hanya membuat data dasar.
		0	Tidak membuat analisa data dasar
3.	Pohon masalah a. Ada masalah utama b. Ada masalah akibat c. Ada masalah sebab d. Arah panah benar	4	Romusan pohon masalah benar dan tepat, memenuhi kriteria a, b, c, d.
		2	Terdiri dari a, b, d atau a, c, d.
		0	Rumusan pohon masalah salah.
4.	Diagnosa keperawatan a. Rumusan                      diagnosa keperawatan benar b. Diagnosa                      keperawatan mencakup seluruh masalah pasien c. Prioritas diagnosa keperawatan tepat	4	Terdiri dari : a, b, c.
		3	Terdiri dari : a, c.
		2	Terdiri dari : a, b.
		1	Terdiri dari : c.
		0	Tidak sesuai dengan a, b, c.
5.	Dokumentasi pengkajian a. Mengisi data pengkajian dalam format b. Mencantumkan tanggal c. Mencantumkan tanda tangan & nama jelas d. Menuliskan analisa data, pohon masalah dan diagnosa keperawatan	4	Terdiri dari : a, b, c, d.
		3	Terdiri dari : a, c, d.
		2	Terdiri dari : a, b, c.
		1	Terdiri dari : a.
		0	Tidak mendokumentasikan

<b>B. RENCANA TINDAKAN</b>			
6.	Rencana tindakan meliputi aspek :	4	Terdiri dar a, b, c, d.
	a. Psikoterapeutik	3	Terdiri dari a, b, d atau a, b, c.
	b. Pendidikan kesehatan	2	Terdiri dari a, d.
	c. Kegiatan hidup sehari – hari	1	Terdiri dari a.
	d. Terapi somatik dan psikofarmaka	0	Tidak membuat rencana tindakan
7.	Strategi pelaksanaan	4	Terdiri dari a, b, c, d
	a. Kesesuaian kondisi pasien dalam strategi pelaksanaan dengan kasus nyata	3	Terdiri dari a, b, c
	b. Tepat menentukan TUK yang akan dilaksanakan	2	Terdiri dari a, b, d
	c. Strategi pelaksanaan menjabarkan langkah – langkah tindakan keperawatan	1	Terdiri dar a, b atau a, c atau a, d
	d. Strategi pelaksanaan mengurangi secara operasional tindakan yang akan dilakukan	0	Tidak membuat strategi pelaksanaan
8.	Dokumentasi rencana tindakan	4	Terdiri dari a, b, c, d, e
	a. Menuliskan diagnosa keperawatan dan data sesuai prioritas masalah	3	Terdir dari a, b, c, d
	b. Menuliskan tujuan umum dan khusus	2	Terdiri dari a, b, d
	c. Menuliskan kriteria hasil	1	Terdiri dari a, d
	d. Menuliskan rencana tindakan secara sistematis dan benar	0	Tidak membuat dokumentasi rencan tindaka
e. Mencantumkan nama & paraf (aspek legal)			
<b>C. IMPLEMENTASI</b>			
9.	Fase Orientasi	4	Terdiri dari a, b, c, d
	a. Salam terapeutik	3	Terdiri dari a, b, c
	b. Evaluasi / validasi	2	Terdiri dari a, b atau a, c
	c. Kontrak (topik, waktu, tempat)	1	Terdiri dari a, d
	d. Tujuan	0	Terdiri dari a
10.	Fase Kerja	4	Terdiri dari a, b, c
	a. Teknik komunikasi terapeutik tepat	3	Terdiri dari a, c atau b, c
	b. Sikap komunikasi terapeutik benar	2	Terdiri dari c
		1	Melakukan fase kerja sesuai rencana tetapi tidak memperhatikan kondisi pasien

	c. Langkah – langkah tindakan keperawatan sesuai rencana dan kondisi pasien	0	Tidak melakukan tindakan
11.	Fase Terminasi (terminasi sementara) a. Evaluasi respon pasien b. Rencana tindakan lanjut c. Kontrak yang akan datang (topik,tempat,waktu)	4	Terdiri dari a, b, c
		3	Terdiri dari a, b atau a, c
		2	Terdiri dari a
		1	Terdiri dari c
		0	Tidak melakukan fase terminasi
12.	Dokumentasi Implementasi a. Menuliskan waktu (Hari,tanggal dan jam) b. Menuliskan tindakan keperawatan pada pasien c. Menuliskan reaksi pasien saat tindakan d. Menuliskan tanda tangan dan nama jelas	4	Terdiri dari a, b, c, d
		3	Terdiri dari a, b, d
		2	Terdiri dari b, d
		1	Terdiri dari b
		0	Tidak mendokumentasikan
<b>D. EVALUASI</b>			
13.	Mengevaluasi keberhasilan dalam menyelesaikan masalah keperawatan	4	Melakukan evaluasi dari seluruh masalah keperawatan yang ada dan menyimpulkan keberhasilan asuhan
		3	Melakukan evaluasi sebagian masalah keperawatan dan menyimpulkan keberhasilan asuhan
		2	Melakukan evaluasi diagnosa keperawatan utama
		1	Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan saja
		0	Tidak melakukan evaluasi
14.	Dokumentasi Evaluasi a. Menuliskan catatan perkembangan setiap diagnosa b. Menuliskan waktu evaluasi c. Menuliskan tanda tangan dan nama jelas	4	Terdiri dari a, b, c, d
		3	Terdiri dari a, b atau a, c
		2	Terdiri dari a
		1	Menuliskan evaluasi diagnosa utama saja
		0	Tidak mendokumentasikan

<b>No.</b>	<b>Aspek Yang Dinilai</b>	<b>Nilai</b>	<b>Kriteria Nilai</b>
1.	Sikap terhadap pasien	4	Memenuhi 6 kriteria
	a. Tanggap terhadap kebutuhan pasien	3	Memenuhi 4 sampai 5 dari 6 kriteria
		2	Memenuhi 3 dari 6 kriteria
	b. Menghargai pasien (privacy pasien)	1	Memenuhi 1 sampai 2 dari 6 kriteria
	c. Memberi support / reinforce – ment		
	d. Percaya diri		
e. Konsisten			
f. Terbuka			
2.	Penampilan diri	4	Memenuhi 6 kriteria
	a. Disiplin	3	Memenuhi 4 sampai 5 dari 6 kriteria
	b. Kejujuran	2	Memenuhi 3 dari 6 kriteria
	c. Terbuka menerima saran	1	Memenuhi 1 sampai 2 dari 6 kriteria
	d. Kerapian		
	e. Kebersihan		
f. Kelengkapan seragam dan atribut			

## STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

<p><b>Perilaku Kekerasa</b></p>	<p><b>Pasien</b></p> <p><b>SP I p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab PK</li> <li>2. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK</li> <li>3. Mengidentifikasi PK yang dilakukan</li> <li>4. Mengidentifikasi akibat PK</li> <li>5. Menyebutkan cara mengontrol PK</li> <li>6. Membantu pasien mempraktekkan latihan. <b>Cara fisik I : Nafas dalam</b></li> <li>7. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP II p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol PK dengan <b>cara fisik II : Pukul bantal/kasur</b></li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP III p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol PK dengan <b>cara verbal</b> : meminta/menolak /mengungkapkan dengan asertif</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP IV p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol PK dengan <b>cara spiritual</b></li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p><b>Keluarga</b></p> <p><b>SP I k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan pasien dalam merawat keluarga</li> <li>2. Menjelaskan pengertian PK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya PK</li> <li>3. Menjelaskan cara merawat pasien dengan PK</li> </ol> <p><b>SP II k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan PK</li> <li>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien PK</li> </ol> <p><b>SP III k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>)</li> <li>2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang</li> </ol>
---------------------------------	---	---

	<p><b>SP V p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Menjelaskan cara mengontrol PK dengan <b>memanfaatkan/minum obat</b></li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	
<p><b>Isolasi Sosial</b></p>	<p><b>Pasien</b></p> <p><b>SP I p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien</li> <li>2. Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain</li> <li>3. Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain</li> <li>4. Mengajarkan pasien <b>cara berkenalan dengan satu orang</b></li> <li>5. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan berbincang – bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP II p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Memberikan kesempatan kepada pasien mempraktekkan cara ber</li> <li>3. kenalan dengan satu orang</li> <li>4. Membantu pasien memasukkan kegiatan berbincang – bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP III p</b></p>	<p><b>Keluarga</b></p> <p><b>SP I k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</li> <li>2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial yang dialami pasien beserta proses terjadinya</li> <li>3. Menjelaskan cara – cara merawat pasien isolasi sosial</li> </ol> <p><b>SP II k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan isolasi sosial</li> <li>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien isolasi sosial</li> </ol> <p><b>SP III k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Memberikan kesempatan kepada pasien <b>cara berkenalan dengan dua orang atau lebih</b></li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p>termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang</li> </ol>
<b>Harga Diri Rendah</b>	<p><b>Pasien</b></p> <p><b>SP I p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien</li> <li>2. Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang masih dapat digunakan</li> <li>3. Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien</li> <li>4. Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih</li> <li>5. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien</li> <li>6. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP II p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li><b>2. Melatih kemampuan kedua</b></li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p><b>Keluarga</b></p> <p><b>SP I k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</li> <li>2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yang dialami pasien beserta proses terjadinya</li> <li>3. Menjelaskan cara – cara merawat pasien harga diri rendah</li> </ol> <p><b>SP II k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah</li> <li>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien harga diri rendah</li> </ol> <p><b>SP III k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>)</li> <li>2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang</li> </ol>

<p><b>Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi (Spesifik)</b></p>	<p><b>Pasien</b></p> <p><b>SP I p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien</li> <li>2. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien</li> <li>3. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien</li> <li>4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien</li> <li>5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi</li> <li>6. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi</li> <li>7. Mengajarkan pasien <b>cara menghardik halusinasi</b></li> <li>8. Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP II p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang <b>penggunaan obat secara teratur</b></li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP III p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan <b>melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien di rumah)</b></li> </ol>	<p><b>Keluarga</b></p> <p><b>SP I k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yang dihadapi pasien dalam merawat pasien</li> <li>2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya</li> <li>3. Menjelaskan cara – cara merawat pasien halusinasi</li> </ol> <p><b>SP II k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan halusinasi</li> <li>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi</li> </ol> <p><b>SP III k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>)</li> <li>2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang</li> </ol>
---	--	--

	<p>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP V p</b></p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan <b>cara bercakap – cakap dengan orang lain</b></p> <p>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	
<p><b>Defisit Perawatan Diri</b></p>	<p><b>Pasien</b></p> <p><b>SP I p</b></p> <p>1. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri</p> <p>2. Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri</p> <p>3. Membantu pasien <b>mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri</b></p> <p>4. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP II p</b></p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>2. Menjelaskan cara makan yang makan yang</p> <p>3. Membantu pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri</p>	<p><b>Keluarga</b></p> <p><b>SP I k</b></p> <p>1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</p> <p>2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala defisit perawatan diri, dan jenis defisit perawatan diri yang dialami pasien beserta proses terjadinya</p> <p>3. Menjelaskan cara – cara merawat pasien defisit perawatan diri</p> <p><b>SP II k</b></p> <p>1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan defisit perawatan diri</p> <p>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien defisit perawatan diri</p> <p><b>SP III k</b></p>

	<p>4. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP III p</b></p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p>	<p>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>)</p> <p>2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang</p>
	<p>2. Menjelaskan cara eliminasi yang baik</p> <p>3. Membantu pasien <b>mempraktekkan cara eliminasi yang baik dan memasukkan dalam jadwal</b></p> <p>4. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP IV p</b></p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>2. Menjelaskan cara berdandan</p> <p>3. Membantu pasien mempraktekkan cara berdandan</p> <p>4. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	

## PEDOMAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN JIWA

Petunjuk :

1. Diagnosis keperawatan adalah pernyataan tunggal problem keperawatan.
2. Untuk merumuskan diagnosis keperawatan maka menggunakan data mayor dan data minor.
3. Data mayor adalah data yang harus ada untuk merumuskan diagnosa keperawatan.
4. Data minor adalah data yang boleh ada, boleh tidak untuk merumuskan diagnosa keperawatan (minimal 1 data)

No	Diagnosa Keperawatan	Deskripsi	Data Mayor	Data Minor
1.	Perilaku Kekerasan	Kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali baik secara verbal maupun tindakan dengan menciderai diri, orang lain dan merusak lingkungan	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mengancam</li> <li>○ Mengumpat</li> <li>○ Bicara keras dan kasar</li> </ul> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Agitasi</li> <li>○ Meninju</li> <li>○ Menusuk/melukai dengan senjata tajam</li> <li>○ Memukul kepala sendiri</li> <li>○ Membentur – benturkan kepala ke dinding</li> <li>○ Membanting</li> <li>○ Melempar</li> <li>○ Mendobrak pintu</li> <li>○ Merusak alat tenun</li> <li>○ Berteriak – teriak</li> </ul>	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mengatakan ada yang mengejak, mengancam</li> <li>○ Mendengar suara yang menjelekan</li> <li>○ Merasa orang lain mengancam dirinya</li> <li>○ Mengeluh kesal &amp; marah dengan orang lain</li> </ul> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Menjauh dari orang lain</li> <li>○ Katatonia</li> <li>○ Muka tegang</li> <li>○ Mata melotot</li> <li>○ Mondar mandir</li> </ul>
2.	Risiko Perilaku Kekerasan	Suatu keadaan di mana pasien dapat melakukan suatu	<p>Subyektif :</p>	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mendengar suara – suara</li> </ul>

		tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik pada diri sendiri, orang lain maupun merusak lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mengatakan pernah melakukan tindakan kekerasan</li> <li>○ Informasi dari keluarga pasien pernah melakukan tindak kekerasan di rumah</li> </ul> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ada tanda/jejas perilaku kekerasan pada anggota tubuh</li> <li>○ Mudah tersinggung</li> <li>○ Mudah marah/irritable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Merasa orang lain mengancam</li> <li>○ Menganggap orang lain jahat</li> </ul> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Muka tegang saat bercerita</li> <li>○ Pembicaraan kasar jika menceritakan marahnya</li> <li>○ Afek labil (mudah berubah)</li> <li>○ Mondar – mandir / hipr motorik</li> <li>○ Rangsangan katatonik</li> </ul>
3.	Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi	Gangguan persepsi di mana individu merasakan adanya stimulus melalui panca indera tanpa adanya rangsang nyata	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mengatakan mendengar suara bisikan</li> <li>○ Mengatakan melihat bayangan</li> <li>○ Mengatakan mencium bau – bau</li> <li>○ Mengatakan mengecap suatu rasa pada mulut, bibir dan lidah</li> <li>○ Mengatakan ada sesuatu yang menyentuh / merabah</li> </ul> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bicara sendiri</li> </ul>	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Menyatakan kesal dengan isi halusinasinya</li> <li>○ Menyatakan senang dengan suara – suara</li> </ul> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Menyendiri</li> <li>○ Melamun</li> <li>○ Tampak tidak bisa melakukan ADLs (halusinasi fase 4)</li> <li>○ Kontak mata mudah beralih saat diajak bicara</li> <li>○ Tidak bisa berkonsentrasi saat bicara</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tertawa sendiri</li> <li>○ Marah tanpa sebab (pada halusinasi yang isinya mengganggu)</li> <li>○ Mondar – mandir / tidak bisa tenang (pada halusinasi fase 4)</li> <li>○ Tampak menyendiri (pada halusinasi yang isinya menyenangkan)</li> </ul>	
4.	Isolasi Sosial	Ketidakmampuan untuk membina hubungan yang intim, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mengatakan malas untuk berinteraksi</li> <li>○ Mengatakan orang lain tidak mau menerima dirinya</li> </ul> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Menyendiri dalam ruangan</li> <li>○ Tidak bisa memulai pembicaraan</li> <li>○ Tidak mau berkomunikasi dengan orang lain (autis / mutisme)</li> <li>○ Tidak melakukan kontak mata</li> </ul>	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Curiga dengan orang lain</li> <li>○ Mendengar suara – suara / melihat bayangan</li> <li>○ Merasa malu berbicara dengan orang lain</li> <li>○ Mengatakan sedih takut berbicara dengan orang lain</li> </ul> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mematung</li> <li>○ Mondar – mandir tanpa arah</li> <li>○ Tidak berinisiatif berhubungan dengan orang lain</li> <li>○ Banyak menunduk saat diajak bicara</li> <li>○ Afek dapat tumpul atau datar. Tampak</li> </ul>

				meringkuk di tempat tidur dengan punggung menghadap ke pintu
5.	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	Ide, pikiran perasaan yang negatif tentang diri	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mengeluh hidup tidak bermakna</li> <li>○ Tidak memiliki kelebihan apapun</li> <li>○ Mengeluh tidak berguna</li> <li>○ Mengeluh tidak bisa berbuat apa – apa</li> <li>○ Merasa jelek</li> <li>○ Merasa orang lain tidak selevel</li> </ul> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kontak mata kurang</li> <li>○ Tidak berinisiatif berinteraksi dengan orang lain</li> </ul>	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mengatakan malas</li> <li>○ Putus asa</li> <li>○ Ingin mati</li> <li>○ Mengatakan tidak bisa ketika diminta untuk melakukan sesuatu kegiatan</li> </ul> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tampak malas – malasan</li> <li>○ Produktivitas menurun</li> </ul>
6.	Kecemasan	Suatu keadaan di mana individu mengalami perasaan yang ketakutan dan aktivitas saraf otonom dengan penyebab yang tidak jelas atau ancaman yang tidak spesifik	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mengatakan merasa takut</li> <li>○ Mengatakan tidak bisa rileks atau tegang</li> <li>○ Mengatakan tidak mampu berkonsentrasi</li> <li>○ Mengatakan kepala pusing</li> </ul> <p>Obyektif :</p>	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mengatakan merasa tidak berdaya</li> <li>○ Mengatakan merasa gugup</li> <li>○ Mengatakan kehilangan kepercayaan diri</li> <li>○ Mengatakan kehilangan kontrol</li> <li>○ Mengatakan mudah lupa</li> </ul> <p>Obyektif :</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Peningkatan frekuensi nadi</li> <li>○ Peningkatan tekanan darah</li> <li>○ Peningkatan pernafasan</li> <li>○ Diaforesis</li> <li>○ Dada berdebar – debar</li> <li>○ Sering berkemih</li> <li>○ Gelisah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mulut kering</li> <li>○ Tremor / gemetar</li> <li>○ Marah yang meledak – ledak</li> <li>○ Menangis</li> <li>○ Cenderung menyalahkan orang lain</li> <li>○ Perhatian yang berlebih terhadap suatu obyek</li> <li>○ Insomnia</li> </ul>
--	--	--	--	--

