

BUKU AJAR PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN JIWA

Penulis:

Eli Saripah, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J.

Wittin Khairani, S.Pd., M.P.H.

Ernawati Hamidah, S.Kep., Ners., M.Kep.

Abdul Fauzi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Nur Fajariyah, S.Kep., Ners., M.Kep.

Antonia Helena Hamu, S.kep., Ns, M.Kep.

Estin Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Noorwahyu trihidayati, M.Kep.

Ns. Arya Ramadia, M.Kep., Sp.Kep.J.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BUKU AJAR PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

JIWA

Penulis:

Eli Saripah, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J.
Wittin Khairani, S.Pd., M.P.H.
Ernawati Hamidah, S.Kep., Ners., M.Kep.
Abdul Fauzi, S.Kep., Ns., M.Kep.
Nur Fajariyah, S.Kep., Ners., M.Kep.
Antonia Helena Hamu, S.kep., Ns, M.Kep.
Estin Yulastuti, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Noorwahyu trihidayati, M.Kep.
Ns. Arya Ramadia, M.Kep., Sp.Kep.J.

Desain Cover:

Aldian Shobari

Tata Letak:

Deni Sutrisno

ISBN: 978-623-8411-59-7

Cetakan Pertama:

November, 2023

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan buku "Standar Operasional Prosedur (SOP) Keperawatan Jiwa" untuk mahasiswa Keperawatan di Indonesia ini dapat diselesaikan dengan baik.

Buku ini disusun berdasarkan *Evidence Based* Keperawatan dengan kolaborasi yang hebat dari para pendidik se-Nusantara, sehingga tersusun dengan baik dan aplikatif sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP). Buku ini diharapkan dapat meningkatkan kemandirian dan hasil belajar mahasiswa. Tujuan buku ini agar mahasiswa dapat memahami setiap jenis Standar Operasional Prosedur (SOP) tindakan keperawatan jiwa dan tentunya menuntun mahasiswa agar lebih mandiri, mulai dari jenis tindakan keperawatan, soal kasus, serta menemukan jawaban yang paling tepat dan benar, sehingga sangat membantu dalam persiapan UKOMNAS. Buku ini disusun dari kumpulan berbagai tindakan keperawatan jiwa dan soal kasus agar mahasiswa dapat menganalisa dan rajin latihan dalam praktik serta menjawab soal kasus dengan benar sesuai penyajian dalam buku ini.

Terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku Standar Operasional Prosedur (SOP) ini. Penulis menyadari masih ada kekurangan dalam penyusunan buku ini sehingga kritik dan saran dibutuhkan. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa, sejawat maupun khalayak lainnya.

Jakarta, 29 November 2023

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI.....	iv
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN DUKA CITA	1
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN STANDAR PELAKSANAAN KOMUNIKASI (SP) GANGGUAN CITRA TUBUH.....	13
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN NURSING CARE PLAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN.....	21
STRATEGI PELAKSANAAN I HARGA DIRI RENDAH	37
STRATEGI PELAKSANAAN II HARGA DIRI RENDAH: MENCUCI PIRING	43
UNTUK KELUARGA DENGAN ANGGOTA MEMPUNYAI MASALAH UTAMA ISOLASI SOSIAL	49
UNTUK PASIEN DENGAN MASALAH UTAMA ISOLASI SOSIAL.....	58
PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA	81
SINOPSIS	89

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

DUKA CITA



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN DUKA CITA

1. Definisi

Duka cita merupakan suatu gangguan yang terjadi setelah kematian kerabat, ketika pengalaman distres yang menyertai kedukaan gagal menyesuaikan harapan sosial-budaya (NANDA-1, 2022). Kehilangan merupakan pengalaman hidup yang dapat menimbulkan perasaan berduka. Hal tersebut merupakan respon yang kompleks, tetapi normal dan menimbulkan reaksi yang berbeda pada setiap individu (Fauziah, 2022). Berduka merupakan respon psikososial yang ditunjukkan oleh klien akibat kehilangan (orang, objek, fungsi, status, bagian tubuh atau hubungan) (PPNI, 2017).

2. Penyebab

- 1) Kematian anggota keluarga atau orang yang berarti
 - 2) Antisipasi kematian keluarga atau orang yang berarti
 - 3) Kehilangan (objek, pekerjaan, fungsi, status, bagian tubuh, hubungan sosial)
 - 4) Antisipasi kehilangan (objek, pekerjaan, fungsi, status, bagian tubuh, hubungan sosial)
- (Keliat, 2019)

3. Tanda dan gejala

1) Mayor

a. Subyektif

1. Tidak menerima kehilangan
2. Menyalahkan
3. Merasa bersalah
4. Merasa sedih
5. Merasa tidak ada harapan

b. Obyektif

1. Marah
2. Menangis
3. Pola tidur berubah
4. Tidak mampu berkonsentrasi
5. Memisahkan diri

2) Minor

a. Subyektif

1. Mimpi buruk atau pola mimpi berubah

2. Merasa tidak berguna.
 - b. Obyektif
 1. Memelihara hubungan dengan yang hilang
 2. Fungsi imunitas terganggu (mudah sakit)
4. Kondisi klinis terkait
- a. Amputasi
 - b. Melahirkan meninggal
 - c. Penyakit kronis dan terminal (diabetes melitus, stroke, TBC, paru, kanker)
5. Tujuan
- a. Kognitif, klien mampu :
 - 1) Memahami proses kehilangan yang dialami
 - 2) Mengetahui cara mengatasi kehilangan secara bertahap
 - b. Psikomotor, klien mampu :
 - 1) Menyadari respons kehidupan
 - 2) Menyebutkan fakta-fakta kehilangan
 - 3) Melakukan manajemen rasa marah
 - 4) Melatih diri bergerak dari harapan ke realita
 - 5) Melatih diri melihat aspek positif
 - 6) Melatih rencana yang baru
 - c. Afektif, klien mampu:
 - 1) Merasakan manfaat latihan
 - 2) Merasa mampu beradaptasi dengan keadaan
 - 3) Merasakan lebih optimis
6. Tindakan pada klien (Keliat, 2019)
- 1) Kaji tanda dan gejala berduka dan identifikasi kehilangan yang terjadi
 - 2) Jelaskan proses terjadinya berduka sesuai dengan tahapan kehilangan berduka, yaitu mengingkari, marah, tawar-menawar, depresi dan menerima
 - 3) Latih melalui tahapan kehilangan/ berduka:
 - a. Mengingkari : Diskusikan fakta-fakta tentang kehilangan, misalnya :
 1. Kehilangan kesehatan: sampaikan hasil pemeriksaan penunjang
 2. Kehilangan orang yang dicintai: sampaikan proses kematiannya
 - b. Marah: Latih relaksasi dan mengekspresikan emosi dengan konstruktif
 - c. Tawar-menawar: Diskusikan harapan/ rencana yang tidak tercapai dan kaitkan dengan kenyataan
 - d. Depresi: Latih mengidentifikasi aspek positif dari kehilangan dan kehidupan yang masih dijalani

- e. Menerima: Latih melakukan kegiatan hidup sehari-hari dengan pendampingan
- 4) Beri pujian, motivasi dan bimbingan

7. Contoh Kasus

Seorang Perempuan berusia 42 Tahun, merasa sedih karena suami meninggal 3 hari yang lalu. Klien tidak mau makan dan minum, klien selalu diam dan mengeluarkan air mata. Klien tidak mau berbicara dengan siapapun, termasuk dengan keluarganya. Klien merasa tidak memiliki arah dalam menjalani hidup kedepannya karena menurutnya suaminya adalah teman dalam hidupnya yang akan menemaninya hingga menua. Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Ajarkan bercerita yang assertif
- B. latih untuk kegiatan harian
- C. latih melalui tahapan kehilangan**
- D. diskusikan tentang kegiatan selanjutnya
- E. latihan bercakap-cakap dengan orang lain di sekitarnya

8. Pembahasan soal kasus

Fokus pada pertanyaan, yang ditanyakan adalah “apakah tindakan keperawatan yang tepat?”. Pada kasus ini, klien menunjukkan tanda-tanda kehilangan/ berduka antara lain klien selalu diam dan mengeluarkan air mata. Klien tidak mau berbicara dengan siapapun, termasuk dengan keluarganya. Klien merasa tidak memiliki arah dalam menjalani hidup kedepannya. Adapun tindakan keperawatan yang tepat untuk klien yang berduka cita adalah latih melalui tahapan kehilangan.

- A. Merupakan tindakan keperawatan untuk klien dengan risiko perilaku kekerasan
- B. Merupakan tindakan keperawatan untuk semua diagnosa
- C. Merupakan tindakan keperawatan untuk kehilangan/duka cita**
- D. Tahapan terminasi pada kegiatan strategi pelaksanaan
- E. Merupakan tindakan keperawatan untuk klien halusinasi

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi 1. Kaji keadaan klien 2. Kaji apakah pasien dalam keadaan aman atau	Mengecek kelengkapan data awal dan kesiapan perawat

<p>Tidak</p> <p>3. Review catatan medis dokter</p> <p>4. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan pemeriksaan</p>	<p>sebelum berinteraksi dengan klien</p>  <p>Membina hubungan saling percaya antara perawat dengan klien. Memastikan kondisi klien dan perawat aman.</p>
Planning (P) : Perencanaan	
<p>Fase Orientasi PERSIAPAN KLIEN</p>	
<p>1. Salam "Selamat pagi ibu, perkenalkan saya perawat E dari Puskesmas Cemara. Nama ibu siapa? Senang dipanggil apa?" "Oh baik, kalau begitu saya memanggilnya dengan ibu C ya."</p>	<p>Menyapa dan memperkenalkan diri pada klien merupakan langkah awal dari sebuah interaksi terapeutik.</p> 

<p>2. Evaluasi</p> <p>"Apa yang ibu rasakan?"</p> <p>"Ooo....ibu merasa sedih, ditinggal suami, tidak ada yang menemani hidup di dunia ini?"</p> <p>"Sejak kapan ibu berpikiran demikian?"</p>	<p>Mengevaluasi perasaan klien dan sebagai tanda caring perawat terhadap kliennya.</p> 
<p>3. Validasi</p> <p>"Apa yang telah ibu lakukan untuk mengatasinya. Bagaimana hasilnya?"</p>	<p>Sebuah cara untuk menggali mekanisme coping yang dimiliki</p> 
<p>4. Kontrak</p> <p>a. Tindakan dan Tujuan</p> <p>"Baik ibu, bagaimana jika sekarang kita berbicara tentang perasaan yang ibu rasakan dan kita belajar cara mengatasinya?"</p> <p>b. Waktu</p> <p>"Baik, kita akan berdiskusi selama 30 menit ya bu."</p> <p>c. Tempat</p> <p>"Jika kita berbicaranya disini saja, apakah ibu sudah merasa nyaman?"</p>	<p>Kontrak tujuan, waktu, dan tempat, agar lebih meyakinkan klien benar dirawat dengan baik</p> 
<p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p>	

5. Jaga privasi klien	
Implementation (I) : Implementasi	
<p>Fase Kerja</p> <p>6. Pengkajian</p> <p>a. Penyebab "Apa peristiwa yang menyebabkan ibu bersedih?"</p> <p>b. Tanda dan gejala "Apakah yang ibu pikirkan terkait kenangan bersama suami?" Apakah ibu marah dengan proses kehilangan ini? Apakah pernah ibu menyampaikan rasa kehilangan ini dengan orang terdekat ibu?" Apakah ibu sudah pernah menceritakannya?"</p> <p>c. Diagnosis "Jadi, sesuai dengan yang ibu sampaikan, maka ibu sekarang sedang proses mengingkari berduka/ kehilangan suami ."</p> <p>d. Tindakan ibu, apakah ibu mau bercerita tentang proses kehilangan berduka yang sedang ibu alami dengan saya. Bagaimana ibu, apakah ibu bersedia melakukannya?" Latihan cara mengatasi proses berduka :</p> <p>1) Mengingkari "Ibu, sekarang coba ibu ceritakan bagaimana proses ibu merasa berduka kehilangan suami ibu, saya akan mendengarkan ibu selama 15-30 menit. Ibu juga berupaya untuk bisa bercerita."</p> <p>2) Marah "Ibu, jika merasa sedih dan sesak, ibu sulit untuk berbicara, coba lakukan cara relaksasi terlebih dahulu."</p> <p>3) Tawar-menawar "Harapan apa yang selama ini menurut ibu belum tercapai." "Coba kita kaitkan dengan pencapaian yang sudah ibu lakukan selama bapak tidak ada."</p> <p>4) Depresi</p>	<p>Mengkaji lebih detail tentang kondisi klien</p>  <p>Klien mampu menjelaskan masalah yang dialami</p> <p>Perawat dan tim dokter penanggung jawab wajib memberitahukan pada klien dan keluarga tentang kondisi penyakitnya.</p>

"Sekarang, coba ibu tuliskan pikiran positif yang sedang ibu pikirkan"
 "Berpikir positif terhadap diri, keluarga dan lingkungan sudah dilakukan ya."
 "Untuk kegiatan...mari kita susun langkah-langkahnya."
 "Bagus, Pertama..., kedua..., ketiga..., dan seterusnya. Bagus sekali"

5) Menerima

"Baik, mulai besok semua kegiatan harian ibu tuliskan di buku ini ya, saya akan evaluasi setiap proses pencapaian yang ibu lakukan".

Fase Terminasi

7. Evaluasi subyektif klien terhadap proses kehilangan
8. Evaluasi obyektif klien terhadap proses kehilangan
9. Rencana tindak lanjut klien
10. Rencana tindak lanjut perawat
11. Salam


Menggali pengalaman klien berduka membantu rasa empati perawat-klien.



Membantu klien untuk melatih tindakan yang sudah diajarkan



Evaluation (E) : Evaluasi	
<p>12. Evaluasi subyektif "Bagaimana perasaan ibu setelah kita latihan menyusun kegiatan sehari-hari, memiliki harapan dan rencana masa depan agar ibu tidak sedih berkepanjangan."</p> <p>13. Evaluasi obyektif "Coba sebutkan kembali langkah-langkah mencapai semua itu". "Bagus, tepat sekali yang ibu katakan. Jadi untuk mengatasi kesedihan yang ibu lakukan secara bertahap ya, dimulai dengan latihan berpikir positif bahwa keluarga dan anak-anak masih memerlukan ibu. Ceritakan beban ibu kepada orang terdekat atau ke tenaga kesehatan profesional ya bu, Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian".</p> <p>14. Rencana tindak lanjut klien "baiklah, mari kita masukkan rencana kegiatannya dalam jadwal agar ibu dapat melakukannya setiap hari."</p> <p>15. Rencana tindak lanjut perawat "Hari Rabu akan saya periksa lagi dan evaluasi manfaat kegiatan yang sudah kita sepakati bersama ya bu. Juga akan diperiksa oleh dokter, jika dokter memberikan obat akan kita latih cara minum obat yang benar."</p> <p>16. Salam Semoga ibu bisa melakukan aktivitas setiap harinya."</p>	 

Sikap	
<ul style="list-style-type: none"> 17. Melakukan tindakan dengan sistematis 18. Komunikatif dengan pasien 19. Percaya diri 	<p>Memberikan pelayanan optimal, efisien dan efektif</p> 

Daftar Pustaka

- Fauziah, S. (2022) 'DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/sf13323> Kehilangan Keluarga Akibat Covid-19 Sifa Fauziah', 10(3), pp. 689–693.
- Keliat, et al. 2019. Asuhan Keperawatan Jiwa; Jakarta; EGC;
- Nanda-1.2022. Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2021-2023. Jakarta; EGC.
- PPNI. 2017. Standar diagnosis Keperawatan Indonesia; Jakarta; DPP PPNI.

**PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN
STANDAR PELAKSANAAN KOMUNIKASI (SP)
GANGGUAN CITRA TUBUH**



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN
STANDAR PELAKSANAAN KOMUNIKASI (SP) GANGGUAN CITRA TUBUH

1. Definisi

Gangguan citra tubuh merupakan perubahan persepsi tentang penampilan, struktur, dan fungsi fisik individu. Gangguan citra tubuh adalah perasaan tidak puas seseorang terhadap tubuhnya yang diakibatkan oleh perubahan struktur, ukuran, bentuk, dan fungsi tubuh karena tidak sesuai dengan yang diinginkan. Konfusi dalam gambaran mental tentang diri-fisik individu.

2. Tujuan

a. Kognitif, klien mampu:

- 1) Mengetahui bagian tubuh yang sehat dan yang terganggu/ sakit
- 2) Mengetahui cara mengatasi gangguan citra tubuh

b. Psikomotor, klien mampu:

- 1) Mengafirmasi bagian tubuh yang sehat
- 2) Melatih dan menggunakan bagian tubuh yang sehat
- 3) Merawat dan melatih bagian tubuh yang terganggu

c. Afektif, klien mampu:

- 1) Mengevaluasi manfaat yang telah dirasakan dari bagian tubuh yang terganggu
- 2) Mengevaluasi manfaat bagian tubuh yang masih sehat
- 3) Merasakan manfaat latihan pada bagian tubuh yang terganggu

3. Indikasi

- A. Perubahan struktur/ bentuk tubuh (mis. Mastektomi, amputasi, jerawat, trauma, luka bakar, obesitas, dsb)
- B. Perubahan fungsi tubuh (mis. Proses penyakit, kehamilan, kelumpuhan, dsb)
- C. Efek tindakan/ pengobatan (mis. Pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi, dsb)
- D. Gangguan psikiatrik

4. Kontraindikasi

Klien yang tidak ada indikasi gangguan citra tubuh

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- A. Sikap terapeutik
- B. Teknik komunikasi terapeutik

6. Contoh Kasus




Seorang laki-laki, 18 tahun, baru saja mengalami KLL dan menyebabkan satu kakinya tidak bisa digerakkan karena mengalami fraktur. Klien beraktivitas dengan menggunakan alat bantu. Keluarga menyatakan bahwa klien tidak masuk kuliah dengan alasan malu dan tidak ingin teman-temannya mengucilkannya karena sakitnya. Hasil pengkajian, klien mengatakan kekhawatiran dan ketidakpuasan terhadap kondisinya, selalu berpikir apakah nantinya klien bisa sembuh, bisa normal kembali, apakah kakinya tidak akan kecil sebelah, pendek sebelah. Klien benci dengan kaki kirinya yang cacat. Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?






- A. bantu untuk orientasi terhadap realita
- B. motivasi melakukan kegiatan secara teratur
- C. latih menggunakan bagian tubuh yang sehat**
- D. diskusikan tujuan yang realistis sesuai kemampuan
- E. ajarkan cara berinteraksi dengan orang lain secara bertahap

7. Pembahasan soal kasus

Fokus pada pertanyaan, yang ditanyakan adalah "apakah tindakan keperawatan yang tepat?". Pada kasus ini, klien menunjukkan tanda-tanda gangguan citra tubuh antara lain merasa malu, cenderung menutup diri, khawatir dan tidak puas terhadap kondisinya, selalu berpikir negatif, dan benci dengan tubuhnya yang sakit. Adapun tindakan keperawatan yang tepat untuk klien gangguan citra tubuh adalah latih menggunakan bagian tubuh yang sehat.

- A. Merupakan tindakan keperawatan untuk waham
- B. Merupakan tindakan keperawatan untuk halusinasi
- C. Merupakan tindakan keperawatan untuk gangguan citra tubuh**
- D. Merupakan tindakan keperawatan untuk keputusasaan
- E. Merupakan tindakan keperawatan untuk isolasi sosial

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi 1. Lakukan verifikasi data 2. Kaji kesiapan diri perawat dan klien	Memastikan data awal dan kesiapan diri sebelum berinteraksi langsung dengan klien 
Planning (P) : Perencanaan	
Fase Orientasi 3. PERSIAPAN ALAT <ul style="list-style-type: none"> • Pulpen • Kertas 	Sebagai alat tulis untuk dokumentasi dan mencatat jadwal kegiatan klien 
PERSIAPAN KLIEN 4. Salam 5. Evaluasi 6. Validasi 7. Kontrak: tindakan dan tujuan, waktu, tempat.	Menyapa klien untuk mengawali interaksi, berkenalan, memastikan masalah dan kemampuan klien dalam mengatasi masalahnya, serta menyepakati tindakan yang akan dilakukan. 
PERSIAPAN LINGKUNGAN 8. Jaga privasi klien 9. Tempat yang nyaman	Bentuk menghargai hal-hal pribadi klien dan menyediakan lingkungan kondusif untuk tindakan

	
Implementation (I) : Implementasi	
<p>Fase Kerja</p> <p>10. Kaji:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bagian tubuh yang terganggu dan bagian tubuh yang sehat Tanda dan gejala gangguan citra tubuh dan kemampuan klien dalam mengatasi gangguan citra tubuh <p>11. Jelaskan proses terjadinya gangguan citra tubuh</p> <p>12. Diskusikan persepsi, perasaan, dan harapan klien terhadap citra tubuhnya.</p>	<p>Mengidentifikasi masalah yang dialami klien dan kemampuan klien dalam mengatasinya</p>  <p>Memberikan informasi kepada klien tentang masalah yang dialaminya</p>  <p>Menggali hal-hal yang berkaitan tentang diri klien dengan masalah yang dihadapinya</p>  <p>Memfasilitasi klien untuk mengoptimalkan fisiknya yang sehat/ tidak terganggu sehingga tidak hanya berfokus pada fisik yang sakit/ terganggu</p> 

13. Latih klien menggunakan bagian tubuh yang sehat

- a. Diskusikan bagian tubuh yang sehat
- b. Latih menggunakan tubuh yang sehat
- c. Latih afirmasi bagian tubuh yang sehat

14. Latih klien merawat dan melatih bagian tubuh yang terganggu

- a. Diskusikan klien melihat manfaat yang telah dirasakan dari bagian tubuh yang terganggu pada saat sehat
- b. Motivasi klien melihat dan mengatur bagian tubuh yang terganggu
- c. Latih klien meningkatkan citra tubuh bagian tubuh yang terganggu: menyesuaikan pakaian, pakai alat bantu, kosmetik, dsb.

15. Motivasi klien melakukan latihan sesuai jadwal dan beri pujian

16. Motivasi klien melakukan kegiatan sosial

Membantu klien untuk menerima fisiknya yang sakit/ terganggu dan mengupayakan agar tetap berfungsi optimal meski sakit/ terganggu



Memberi semangat kepada klien agar terus berlatih dan tidak lupa apresiasi



Mendorong klien untuk bersosial sebagai upaya beradaptasi di lingkungan dengan kondisinya sekarang dan mencegah perilaku menarik diri



Menilai kemampuan klien dari tindakan yang telah dilakukan baik secara subjektif maupun objektif



Membuat jadwal kegiatan latihan klien bersama klien dan menyepakati kontrak selanjutnya



Daftar Pustaka

- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G, & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC Kedokteran.
- NANDA International. (2016). *Nursing Diagnoses. Definition and Classification 2017-2019*. Oxford: Willey- Blackwell.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN NURSING CARE PLAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

Template Penyusunan Buku Prosedur Tindakan Keperawatan Jiwa
Optmal by Nuansa Fajar Cemerlang
Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022
Nursing Care Plan Resiko Perilaku Kekerasan

1. Definisi

Perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri (Stuart, 2016). Keliat, Akemat, Helena dan Nurhaeni (2012) menyatakan bahwa perilaku kekerasan adalah salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan . Perasaan terancam ini dapat berasal dari stresor eksternal (penyerangan fisik, kehilangan orang berarti dan kritikan dari orang lain) dan internal (perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan penyakit fisik).

2. Tujuan

Mahasiswa mampu melakukan simulasi dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan

3. Indikasi

Pasien dengan tanda dan gejala sebagai berikut :

Subjektif

- a. Mengungkapkan perasaan kesal atau marah
- b. Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
- c. Klien suka membentak dan menyerang orang lain

Objektif

- a. Mata melotot/ pandangan tajam
- b. Tangan mengepal dan Rahang mengatup dengan sesuka kali
- c. Wajah memerah
- d. Postur tubuh kaku
- e. Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor
- f. Suara keras
- g. Bicara kasar, ketus
- h. Menyerang orang lain dan Melukai diri sendiri/ orang lain
- i. Merusak lingkungan

4. Kontraindikasi
Pasien Perilaku Kekerasan
5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)
 - a. Bina Hubungan Saling percaya
 - b. Pastikan pasien dalam keadaan tenang
 - c. Kondisi lingkungan aman dan tenang
 - d. Pasien Kooperatif
6. Contoh Kasus (Dalam bentuk soal UKOM – Sesuai dengan Topik/Judul)
Seorang laki-laki usia 23 tahun, diantar oleh keluarga dengan keluhan, marah-marah, menghancurkan barang-barang, memukul ibunya . keluarga mengatakan klien meminta dibeli sepeda motor namun keinginannya tidak terpenuhi. Keluarga mengatakan klien sudah mengalami gangguan jiwa sejak tahun 2021. Apakah Tindakan Keperawatan Utama pada kasus diatas?
 - a. Isolasi Sosial
 - b. Resiko Perilaku Kekerasan
 - c. Resiko Bunuh Diri
 - d. Harga Diri Rendah
 - e. Halusinasi
7. Pembahasan soal kasus
Jawaban : B
Tanda dan gejala yang dapat dilihat pada masalah resiko perilaku kekerasan adalah, klien marah – marah mengungkapkan kekesalannya, klien beresiko untuk melukai dirinya sendiri atau orang lain. Klien tidak mampu mengungkapkan marah dengan baik dan benar. Wajah tampak tegang, mata melotot, mengancam atau mengeluarkan kata-kata kasar. (SAK, 2019)

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi catatan keperawatan terhadap rencana tindakan pada pasien resiko perilaku kekerasan 2. Eksplorasi perasaan dan kemampuan perawat 3. Persiapan alat yang diperlukan 4. Cuci tangan 	 <p>Verifikasi data pasien dan persiapan diri perawat jiwa ketika akan memberikan intervensi kepada pasien</p>
Planning (P) : Perencanaan	
Fase Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 5. Memberi Salam 6. Mengingatnkan nama perawat dan klien 7. Memanggil nama panggilan yang disukai klien 8. Menyampaikan tujuan interaksi 9. Menanyakan perasaan pasien hari ini 10. Memvalidasi kemampuan dan mengevaluasi perasaan klien 11. Membuat kontrak (waktu, tempat, topik 12. Menjelaskan tujuan interaksi 	 <p>Membuat Kontrak untuk menyampaikan tujuan interaksi yang akan dilakukan dan menyepakati dimana interaksi akan dilakukan</p>
Implementation (I) : Implementasi	
Fase Kerja <ol style="list-style-type: none"> 13. Kaji Resiko Perilaku Kekerasan Klien 14. Bantu klien mengenal Resiko Perilaku Kekerasan 15. Mengetahui tanda dan Gejala resiko perilaku kekerasan 16. Mengetahui penyebab resiko perilaku kekerasan 17. Mengetahui perilaku kekerasan yang dilakukan 18. Mengetahui akibat perilaku kekerasan 19. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan : latihan fisik, obat, verbal, spiritual 20. Mengajarkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik : tarik nafas dalam dan pukul bantal 	

<p>21. Memberikan reinforcement positif</p>	 <p>Tarik nafas dalam bertujuan untuk merileksasikan otot-otot, melancarkan sirkulasi aliran darah sehingga merilekskan pikiran dan perasaan</p>
Evaluation (E) : Evaluasi	
<p>Fase Terminasi</p> <p>22. Evaluasi respon pasien (subjektif dan objektif)</p> <p>23. Melakukan rencana tindak lanjut (Apa yang perlu dilatih oleh klien sesuai hasil tindakan yang telah dilakukan, Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian klien)</p> <p>24. Melakukan kontrak untuk pertemuan selanjutnya (waktu, tempat dan topik)</p> <p>25. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan (SOAP)</p>	 <p>Mengevaluasi manfaat yang dirasakan pasien setelah diajarkan tindakan dalam mengurangi emosi</p>
Sikap	
<p>26. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti</p> <p>27. Menggunakan teknik komunikasi yang tepat</p>	 <p>Teknik komunikasi terapeutik sangat diperlukan untuk menggali dan mengajarkan pasien berperilaku asertif dalam</p>

	menghadapi marah yang dirasakans
--	-------------------------------------

DAFTAR PUSTAKA

- Keliat, B. A., Akemat., Helena C. D., Nurhaeni, H. (2012). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Keliat, B.A., Hamid S., A.Y., Putri, E., Y.S., Daulima, C., N.H., Wardani. I.Y., Susanti, H., Hargiana, G., Panjaitan., R.U. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC
- Stuart, G.W.T., Keliat B.A., Pasaribu J.(2016). Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa stuart. Edisi Indonesia 10. Mosby : Elsevier (Singapore) Pte Ltd

Standar Pelaksanaan Komunikasi (SP)

Halusinasi



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

Template Penyusunan Buku Prosedur Tindakan Keperawatan Jiwa
Optmal by Nuansa Fajar Cemerlang
Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022
Standar Pelaksanaan Komunikasi (SP) Halusinasi

1. Definisi

Halusinasi adalah ketika seseorang menganggap bahwa jumlah dan pola stimulus yang datang (baik dari dalam maupun dari luar) tidak sesuai dengan kenyataan. Hal ini disertai dengan distorsi dan gangguan respons terhadap stimulus tersebut, yang menyebabkan respons yang berlebihan atau tidak memadai (Townsend, 2010). Perubahan persepsi sensori, seperti merasakan suara, penglihatan, pengecapan perabaan, atau penghiduan, dikenal sebagai halusinasi. Pasien percaya bahwa tidak ada stimulus sebenarnya (Keliat & Akemat., 2010). Halusinasi adalah ketika panca indera merespons atau melihat sesuatu tanpa rangsangan (stimulus) dari luar (Stuart, 2013).

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Tanda dan gejala pasien halusinasi adalah sebagai berikut:

a. Data Obyektif

- Bicara atau tertawa sendiri.
- Marah-marah tanpa sebab.
- Memalingkan muka ke arah telinga seperti mendengar sesuatu
- Menutup telinga.
- Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.
- Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.
- Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.
- Menutup hidung.
- Sering meludah.
- Muntah.
- Menggaruk-garuk permukaan kulit.

b. Data Subyektif: Pasien mengatakan :

- Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
- Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
- Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
- Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
- Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
- Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses

- Merasa takut atau senang dengan halusinasinya.
- Mengatakan sering mendengar sesuatu pada waktu tertentu saat sedang sendirian.
- Mengatakan sering mengikuti isi perintah halusinasi.

2. Tujuan

- Pasien mampu mengenali halusinasi yang dialaminya: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon.
- Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.
- Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menggunakan obat.
- Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap.
- Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktifitas.

Tindakan Keperawatan pada pasien

- Mendiskusikan dengan pasien isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon terhadap halusinasi.
- Menjelaskan dan melatih cara mengontrol halusinasi:
 - Menghardik halusinasi
Menjelaskan cara menghardik halusinasi, memperagakan cara menghardik, meminta pasien memperagakan ulang, memantau penerapan cara ini, dan menguatkan perilaku pasien.
 - Menggunakan obat secara teratur
Menjelaskan pentingnya penggunaan obat, jelaskan bila obat tidak digunakan sesuai program, jelaskan akibat bila putus obat, jelaskan cara mendapat obat/ berobat, jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar (benar jenis, guna, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat).
 - Bercakap –cakap dengan orang lain.
 - Melakukan aktifitas yang terjadual.
Menjelaskan pentingnya aktifitas yang teratur, mendiskusikan aktifitas yang biasa dilakukan oleh pasien, melatih pasien melakukan aktifitas, menyusun jadual aktifitas sehari–hari sesuai dengan jadual yang telah dilatih, memantau jadual pelaksanaan kegiatan, memberikan reinforcement.

Tindakan Keperawatan Halusinasi (Keluarga)

- Tujuan
 - Keluarga mampu mengenal masalah merawat pasien di rumah.
 - Keluarga mampu menjelaskan halusinasi (pengertian, jenis, tanda dan gejala halusinasi dan proses terjadinya).
 - Keluarga mampu merawat pasien dengan halusinasi.

4. Keluarga mampu menciptakan lingkungan
 5. Keluarga mampu mengenal tanda dan gejala kambuh ulang.
 6. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk follow-up pasien dengan halusinasi.
- b. Tindakan keperawatan
1. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
 2. Berikan penjelasan kesehatan meliputi : pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi.
 3. Jelaskan dan latih cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi: menghardik, minum obat, bercakap- cakap, melakukan aktivitas.
 4. Diskusikan cara menciptakan lingkungan yang dapat mencegah terjadinya halusinasi.
 5. Diskusikan tanda dan gejala kekambuhan.

3. Indikasi

- a. Perumusan harus jelas dan singkat dari respon klien terhadap situasi atau keadaan yang dihadapi
- b. Spesifik dan akurat
- c. Dapat merupakan pernyataan dari penyebab
- d. Memberikan arahan pada asuhan keperawatan
- e. Dapat dilaksanakan oleh perawat
- f. Mencerminkan keadaan kesehatan klien

4. Kontraindikasi

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Berorientasi kepada klien
- b. Bersifat aktual atau potensial
- c. Dapat diatasi dengan intervensi keperawatan
- d. Menyatakan masalah kesehatan individu, keluarga dan masyarakat, serta faktor -faktor penyebab timbulnya masalah tersebut.

6. Contoh Kasus

Tn A usia 30 tahun, pendidikan SMA, islam datang ke RSJ pada tanggal 31 september 2023 dengan keluhan ngamuk, mukul ibunya,dan dirumah bicara sendiri.Saat datang klien teriak- teriak, mengancam, wajah tegang. Saat pengkajian klien mengatakan mendengar suara yang menjelek- jelekan dia, suara sering terjadi terutama saat sendiri, sampai timbul perasaan jengkel dengan suara tersebut,klien tampak mondar- mandir, wajah tegang,konsentrasi mudah beralih,



tidak bisa memulai pembicaraan, jika diminta baru mau beraktivitas, dan banyak diam. Tanda tanda vital didapatkan TD 120/80 mmhg, N 66x/ menit, suhu 36,4°C dan pernafasan 14x/ menit. Ibu pasien mengatakan bahwa selama ini pasien tidak pernah kontrol rutin, ada riwayat menggunakan obat- obatan , merokok dan minum alkohol. 5 bulan yang lalu usahanya bangkrut dan istrinya pergi meninggalkan dia. Ada riwayat gangguan jiwa dalam keluarga, tidak ada riwayat trauma kepala, klien jarang melakukan aktivitas keagamaan maupun kegiatan sosial dimasyarakat, mempunyai 2 orang anak yang masih sekolah, tinggal didaerah padat dan jauh dari orang tua, kebutuhan ditanggungan orang tua. klien sakit sejak 2020 dan terakhir dirawat pada tahun 2022. Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?



- A. Latih klien menggunakan bagian tubuh yang sehat
- B. Bantu klien untuk orientasi terhadap realita
- C. Bantu klien untuk bisa bersosialisasi
- D. **Latih cara menghardik**
- E. diskusikan tujuan yang realitis sesuai kemampuan klien

7. Pembahasan soal kasus

Kita fokus pada pertanyaan, apakah tindakan yang keperawatan tepat ?. Pada kasus diatas klien menunjukkan tanda- tanda dirumah bicara sendiri, mendengar suara yang menjelek- jelekan dia, suara sering terjadi terutama saat sendiri, sampai timbul perasaan jengkel dengan suara tersebut, klien tampak mondar-mandir, wajah tegang, konsentrasi mudah beralih, tidak bisa memulai pembicaraan. Adapun tindakan yang tepat untuk klien gangguan halusinasi adalah melatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

- A. Tindakan pada kasus gangguan citra tubuh
- B. Tindakan keperawatan pada kasus waham
- C. Tindakan keperawatan pada kasus isolasi sosial
- D. **Tindakan keperawatan pada kasus halusinasi**
- E. Tindakan keperawatan pada kasus keputusasaan

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek catatan keperawatan dan catatan medik 2. Persiapkan diri 3. Persiapkan ruangan yang dibutuhkan 4. Membuat rencana interaksi 	Memastikan data awal, kesiapan perawat sebelum berinteraksi dengan klien
Planning (P) : Perencanaan	
Fase Orientasi PERSIAPAN ALAT <ol style="list-style-type: none"> 1. Alat tulis 2. kertas 	Sebagai alat untuk membuat dokumentasi kegiatan klien
PERSIAPAN KLIEN <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam terapeutik dan berkenalan <ol style="list-style-type: none"> b. Memberikan salam c. Memperkenalkan diri dan menanyakan nama klien d. Memanggil nama panggilan yang disukai klien e. Menyampaikan tujuan interaksi 2. Melakukan evaluasi dan validasi data <ol style="list-style-type: none"> a. Menanyakan perasaan klien hari ini b. Memvalidasi dan mengevaluasi masalah klien 3. Melakukan kontrak <ol style="list-style-type: none"> a. Waktu b. Tempat c. Topik 	 <p>menyapa, berjabat tangan untuk mengawali interaksi dengan klien dan membuat kesepakatan tindakan yang akan dilakukan</p>
PERSIAPAN LINGKUNGAN <ol style="list-style-type: none"> 5. Jaga privasi klien(tutup tirai) 	Menyediakan lingkungan yang kondusif serta menghargai privasi klien
Implementation (I) : Implementasi	
Fase Kerja <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu klien mengenal halusinasi <ol style="list-style-type: none"> a. Menanyakan apakah ada suara yang didengar, melihat, mencium, dan merasakan sesuatu? b. Mengatakan kepada klien, bahwa orang lain tidak mengalami, tetapi ada klien lain di ruangan ini yang dirawat dengan kasus yang sama 2. Mendiskusikan dengan klien tentang <ol style="list-style-type: none"> a. Isi halusinasi b. Waktu terjadinya 	

<ul style="list-style-type: none"> c. Frekuensi datangnya d. Situasi yang dapat menimbulkan halusinasi <ol style="list-style-type: none"> 3. Mendiskusikan dengan klien tentang apa yang dirasakan saat datang halusinasi 4. Mengidentifikasi bersama klien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi 5. Mendiskusikan manfaat dari cara yang digunakan klien 6. Mendiskusikan cara baru untuk mengontrol halusinasi <ul style="list-style-type: none"> c. Menghardik d. Minum obat secara teratur e. Bercakap- cakap dengan orang lain f. Melakukan aktifitas yang terjadwal 7. Melatih klien cara yang pertama : menghardik 8. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mempraktekkan cara yang telah dilatih 9. Memberikan reinforcement 	<p>Membantu klien mengontrol jika halusinasi datang dengan cara menghardik</p>
Evaluation (E) : Evaluasi	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan <ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi subyektif b. Evaluasi obyektif 2. Melakukan rencana tindak lanjut 3. Membuat jadwal latihan menghardik 4. Melakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya <ul style="list-style-type: none"> a. Waktu b. Tempat c. Topik 	 <p>Mengamati perubahan baik itu subyektif maupun obyektif serta membuat kontrak untuk pertemuan selanjutnya.</p>
Sikap	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Berhadapan, Mempertahankan kontak mata, 2. Membungkukkan ke arah klien dengan sikap terbuka dan rileks 3. Mempertahankan jarak terapeutik 4. Menggunakan kata- kata yang mudah dimengerti 	

Daftar Pustaka

- Buanasari, A., Keliat, B. A., & Susanti, H. (2020). The Application of Acceptance Commitment Therapy (ACT) and Family Psychoeducation (FPE) to Clients with Scizophrenia and Aggressive Behavior. *Nurse Media Journal of Nursing*, 10(1), 11–21. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v10i1.22220>
- El Ashry, A. M. N., El dayem, S. M. A., & Ramadan, F. (2021). EFFECT OF APPLYING "ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY" ON AUDITORY HALLUCINATIONS AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA. *Archives of Psychiatric Nursing*, S0883941721000224. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.01.003>
- Keliat, B. A. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Keliat, B. Anna., & Akemat. (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. EGC.
- SDKI/PPNI, T. P. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th ed). Elsevier Saunders.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Townsend, M. C. (2010). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Psikiatri*. EGC.

STRATEGI PELAKSANAAN I HARGA DIRI RENDAH



STRATEGI PELAKSANAAN I

HARGA DIRI RENDAH

1. Definisi

Harga Diri adalah: Penilaian tentang nilai individu dengan menganalisa kesesuaian perilaku dengan ideal diri.

Harga Diri Rendah adalah: Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri.

2. Tujuan

- Bina Hubungan Saling Percaya (**BHSP**)
- Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien
- Membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan
- Membantu pasien memilik/menetapkan kemampuan yang akan dilatih (latih kemampuan yang sudah dipilih dan Menyusun dan melaksanakan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian}

3. Indikasi

- Pasien yang mengalami masalah gangguan jiwa: Harga Diri Rendah

4. Kontraindikasi

- Tidak ada

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- Menjaga keamanan perawat
- Menjaga keamanan pasien
- Kepercayaan pasien terhadap perawat tinggi
- Pasien kooperatif

6. Contoh Kasus

Seorang perempuan berusia 36 tahun dirawat dibangsal RSJ jakarta dengan keluhan sering menyendiri. Saat dilakukan pengkajian diperoleh hasil: pasien mengatakan malu, pasien mengatakan tidak percaya diri jika diajak ngobrol, pasien mengatakan dirinya jelek dan bodoh karena pernah gagal dalam rumah tangga, pasien tampak kadang-kadang menunduk, pasien kooperatif, pasien

tampak sedih saat bercerita gagal dalam rumah tangga karena suami meninggalkan begitu saja.

7. Pembahasan soal kasus

Data Subjektif:



- Pasien mengatakan malu
- Pasien mengatakan tidak percaya diri jika diajak ngobrol
- Pasien mengatakan dirinya jelek dan bodoh karena pernah gagal dalam rumah tangga (suami pergi meninggalkan pasien)

Data Objektif:

- Pasien tampak kadang-kadang menunduk
- Pasien kooperatif
- Pasien tampak sedih saat bercerita gagal dalam rumah tangga karena suami meninggalkan begitu saja

Diagnosa Keperawatan

- Harga Diri Rendah

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
<p>Fase Prainteraksi</p> <p>25. Kaji keadaan umum pasien</p> <p>26. Kaji tanda dan gejala harga diri rendah</p> <p>27. Kaji apakah pasien memiliki banyak teman</p> <p>28. Review catatan medis dokter</p> <p>29. Kaji kesiapan pasien untuk diajak berbincang-bincang</p>	
Planning (P) : Perencanaan	
<p>Fase Orientasi</p> <p>Salam Terapeutik, "Selamat pagi, Assalamualaikum boleh saya kenalan dengan mas / mba /bapak /ibu (sebutkan nama perawat) boleh panggil saya Saya mahasiswa keperawatan (asal Institusi) yang sedang praktek disini dari pukul 07.00 sampai dengan 14.00 siang. Kalau boleh tahu nama (mas / mba /bapak /ibu siapa dan senang dipanggil apa?</p> <p>Evaluasi Validasi: Bagaimana perasaannya hari ini? Bagaimana tidurnya tadi malam, ada keluhan tidak?</p> <p>Kontrak</p> <p>Topik: Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah dilakukan, setelah itu kita akan nilai mana yang masih dapat dilakukan di rumah sakit. Setelah kita nilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih.</p> <p>Tempat: Dimana kita duduk untuk berbincang-bincang? Bagaimana kalau diruang tamu?</p> <p>Waktu: Berapa lama? Bagaimana kalau 10 menit saja?</p> <p>Tujuan Tindakan: Untuk Meningkatkan percaya diri mas / mba /bapak /ibu</p>	
Implementation (I) : Implementasi	

Fase Kerja

Apa saja kemampuan yang mas / mba /bapak /ibu miliki? Bagus, apa lagi? Saya buat daftarnya ya. Apa kegiatan rumah tangga yang biasa dilakukan? Bagaimana dengan merapihkan kamar, menyapu, mencuci piring dan sebagainya.... Bagus sekali ada lima kemampuan dan kegiatan yang mas / mba /bapak /ibu miliki. Dari lima kegiatan kemampuan ini, yang mana yang masih dapat dikerjakan dirumah sakit coba kita lihat... yang pertama bisakan ... yang kedua sampai dengan yang kelima misalnya ada, yang masih bisa dilakukan.... Bagus sekali ada kegiatan yang masih bisa kerjakan dirumah sakit ini. Sekarang, coba kita pilih kegiatan yang masih bisa dikerjakan dirumah sakit ini. O... yang nomor satu, merapihkan tempa tidur. Kalau begitu bagaimana kalau sekarang kita Latihan merapihkan tempat tidur. Mari kita lihat tempat tidur, coba lihat, sudah rapihkah tempat tidurnya. Kalau kita merapihkan tempat tidur, mari kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya. Bagus ... sekarang kita angkat spreinya dan kasurnya kita balik. Dah sekarang kita pasang lagi spreinya kita mulai dari atas ya bagus... sekarang sebelah kaki, Tarik dan masukkan, lalu sebelah pinggir masukkan. Sekarang ambil bantal, rapihkan dan letakkan disebelah atas kepala. Mari kita lipat selimut, nah letakkan sebelah bawah kaki, Bagus.... (mas / mba /bapak /ibu sudah bisa merapihkan tempat tidur dengan baik sekali. Coba perhatikan bedakan dengan sebelum dirapihkan. Bagus.... Coba mas / mba /bapak /ibu lakukan dan jangan lupa memberi tanda mandiri kalau mas / mba /bapak /ibu lakukan tanpa disuruh, tulis bantuan jika diingatkan bisa melakukan dan tidak melakukan.

Fase Terminasi

Respon Subyektif: Bagaimana perasaannya mas / mba /bapak /ibu setelah kita bercakap-cakap dan Latihan merapihkan tempat tidur? Yah mas / mba /bapak /ibu ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan dirumah sakit ini. Salah satunya, merapihkan tempat tidur, yang sudah mas / mba /bapak /ibu praktekkan dengan baik sekali.

Respon Obyektif: Coba ulangi bagaimana cara merapihkan tempat tidur tadi, Bagus sekali...



<p>Rencana Tindak Lanjut: Sekarang mari kita masukkan pada jadual harian mas / mba /bapak /ibu berapa hari sehari merapihkan tempat tidur. Bagus, dua kali yaitu pagi-sore dan jam berapa, lalu sehabis istirahat, dan jam 1. Coba mas / mba /bapak /ibu lakukan dan jangan lupa memberi tanda (mandiri kalau dilakukan tanpa disuruh, bantuan jika diingatkan bisa melakukan dan tidak melakukan).</p> <p>Kontrak yang Akan Datang:</p> <p>Topik: Besok pagi kita Latihan lagi kemampuan yang kedua, masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di rumah sakit selain merapihkan tempat tidur? Bagus cuci piring.</p> <p>kalau begitu kita akan mencuci piring besok ya.</p> <p>Waktu: Jam 10.00 pagi</p> <p>Tempat: di Dapur habis makan pagi, sampai jumpa ya...</p>	
---	--

STRATEGI PELAKSANAAN II

HARGA DIRI RENDAH: MENCUCI PIRING



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

STRATEGI PELAKSANAAN II

HARGA DIRI RENDAH: MENCUCI PIRING

1. Definisi

Harga Diri adalah: Penilaian tentang nilai individu dengan menganalisa kesesuaian perilaku dengan ideal diri.

Harga Diri Rendah adalah: Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri.

2. Tujuan

- Bina Hubungan Saling Percaya (**BHSP**)
- Membantu pasien memilik/menetapkan kemampuan yang kedua: mencuci piring (latih kemampuan yang sudah dipilih dan Menyusun dan melaksanakan kemampuan yang telah dilatih dalam jadual kegiatan harian)

3. Indikasi

- Pasien yang mengalami masalah gangguan jiwa: Harga Diri Rendah

4. Kontraindikasi

- Tidak ada

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- Menjaga keamanan perawat
- Menjaga keamanan pasien
- Kepercayaan pasien terhadap perawat tinggi
- Pasien kooperatif

6. Contoh Kasus

Seorang perempuan berusia 26 tahun dirawat dibangsal RSJ jakarta dengan keluhan tidak percaya diri. Saat dilakukan pengkajian diperoleh hasil: pasien mengatakan malas berkumpul bareng temannya karena pasien merasa jelek, pasien mengatakan tidak percaya diri jika diajak ngobrol, pasien mengatakan dirinya pernah gagal mengikuti pentas busana, pasien mengatakan banyak orang memojokannya karena sudah gagal, pasien tampak kadang-kadang menunduk, pasien tampak tidak bersemangat saat berinteraksi, terkadang ingin mengakhiri hidupnya.

7. Pembahasan soal kasus

Data Subjektif:



- Pasien mengatakan malas kumpul bareng temannya karena pasien merasa jelek
- Pasien mengatakan tidak percaya diri jika diajak ngobrol
- Pasien mengatakan dirinya pernah gagal mengikuti pentas busana
- Pasien mengatakan banyak orang memojokannya karena sudah gagal
- Pasien mengatakan terkadang ingin mengakhiri hidupnya

Data Objektif:

- Pasien tampak kadang-kadang menunduk
- Pasien tampak tidak bersemangat saat berinteraksi

Diagnosa Keperawatan

- Harga Diri Rendah

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji keadaan umum pasien 2. Kaji tanda dan gejala harga diri rendah 3. Kaji apakah pasien memiliki bayak teman 4. Review catatan medis dokter 5. Kaji kesiapan pasien untuk diajak berbincang-bincang 	
Planning (P) : Perencanaan Fase Orientasi <p>Salam Terapeutik, "Selamat pagi, Assalamualaikum masih ingat dengan saya? mas / mba /bapak /ibu (sebutkan nama perawat)</p> <p>Evaluasi Validasi: Bagaimana perasaannya pagi ini? Bagaimana kegiatan pagi ini apa sudah merapihkan tempat tidur?</p> <p>Kontrak</p> <p>Topik: sesuai dengan janji kita kemarin bahwa hari ini kita akan melakukan kegiatan ke dua yaitu mencuci piring.</p> <p>Tempat: tempatnya di dapur.</p> <p>Waktu: waktunya 15 menit</p> <p>Tujuan Tindakan: Untuk Meningkatkan percaya diri mas / mba /bapak /ibu dan bisa bekerjasama dengan teman-teman yang ada di RSJ.</p>	
Implementation (I) : Implementasi	

Fase Kerja

Hari ini kita akan melakukan kegiatan kedua yaitu mencuci piring. Alat-alatnya apa saja bisa disebutkan mas / mba /bapak /ibu? Pasien menyebutkan: sabun cuci, spon, air mengalir. Bagus sekali. Mari kita mulai: pertama kumpulkan piring-piring kotor lalu basahi dengan air mengalir, gosok pelan dengan spon yang sudah bercampur sabun cuci (sunlight) satu persatu lalu bilas dengan air mengalir dan tiriskan. Bagus sekali mas / mba /bapak /ibu melakukannya dengan sempurna.

Fase Terminasi

Respon Subyektif: Bagaimana perasaannya mas / mba /bapak /ibu setelah kita berlatih mencuci piring?

Respon Obyektif: Coba ulangi peralatan apa saja yang dibutuhkan untuk mencuci piring serta sebutkan langkah-langkahnya?

Rencana Tindak Lanjut: Sekarang mari kita masukkan pada jadual harian mas / mba /bapak /ibu setiap habis selesai makan langsung mencuci piring. Berapa kali dalam sehari? Bagus, tiga kali yaitu pagi-siang-sore,

Kontrak yang Akan Datang:

Topik: Besok pagi kita Latihan lagi kemampuan yang ketiga, masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di rumah sakit selain merapihkan tempat tidur, cuci piring, yaitu menyapu.

kalau begitu kita akan latihan menyapu besok ya.

Waktu: Jam 10.00 pagi

Tempat: di aula habis makan pagi, sampai jumpa ya...



Daftar Pustaka

- Keliat, Budi Anna, dan Akemat. (Editor). (2006). *Modul Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa (MPKP Jiwa)*. Kerja sama WHO Perwakilan Indonesi dan FIK UI. Tidak diterbitkan.
- Fitria, Nita. (2009). *Prinsip dasar dan aplikasi penulisan laporan pendahuluan dan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan* (LP dan SP) untuk 7 Diagnosis Keperawatan Jiwa Berat bagi Program S-1 keperawatan. Jakarta : Salemba Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

**UNTUK KELUARGA DENGAN ANGGOTA
MEMPUNYAI MASALAH UTAMA ISOLASI
SOSIAL**



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

**PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KOMUNIKASI (SP)
UNTUK KELUARGA DENGAN ANGGOTA
MEMPUNYAI MASALAH UTAMA ISOLASI SOSIAL**


1. Definisi: Melakukan interaksi komunikasi bersama keluarga untuk mendiskusikan masalah klien, cara merawat klien, melatih keluarga cara merawat klien dan merujuk klien ke pelayanan kesehatan.
2. Tujuan: Keluarga mampu:
 - A. Menidentifikasi kesehatan mental keluarga dan indikator keluarga sehat
 - B. Merusmuskan masalah kesehatan mental keluarga
 - C. Merencanakan tindakan untuk mengatasi kesehatan mental,
 - D. Melakukan kegiatan bersama dengan orang lain
3. Indikasi: keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan masalah isolasi sosial: menarik diri
4. Kontraindikasi: -
5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut): menggunakan teknik komunikasi teraupetik, empati
6. Contoh Kasus
Perawat melakukan kunjungan keluarga, didapatkan Laki- laki, 45 tahun, dengan keluhan sudah 1 tahun sering mengurung diri, tidak mau berbicara dengan orang lain. Menurut keluarga klien pernah memukul tetangganya setahun yang lalu. Selama ini mereka sudah berusaha mencari pengobatan alternatif dan pendoa untuk menyembuhkan klien. Sekarang keluarga tidak tau harus bagaimana. Apakah intervensi keperawatan utama untuk keluarga pada kasus ini?
 - A. Jelaskan bagaiman berinterkasi dengan orang lain
 - B. Ajarkan cara berkomunikasi dengan orang lain
 - C. Edukasi Tugas Kesehatan Keluarga
 - D. BeriPujian atas keberhasilan pasien
 - E. Bimbing klien melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasanJawaban : C
7. Pembahasan soal kasus
8. Pada kasus ini keluarga memiliki salah satu anggota keluarga dengan gangguan jiwa yaitu masalah isolasi sosial. Dari data di atas keluarga tidak tau ada tugas kesehatan jiwa yang harus dilakukan oleh keluarga.
Edukasi 5 Tugas kesehatan keluarga
 - A. Keluarga mampu mengenal masalah
 - B. Keluarga mampu memutuskan masalah
 - C. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit

- D. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan
- E. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
A.Fase Prainteraksi 1.Lihat Rekam Medik klien: Nama Klien. Umur 2. Diagnosa medik klien. Alamat tempat tinggal	Rasional: Untuk mengetahui data- klien sebelum bertemu dengan keluarga dan klien 
B. Fase Orientasi PERSIAPAN ALAT (* = <i>wajib ada</i>) 3. Buku catatan dan Bolpoint	Rasional: Untuk mencatat semua data dan tindakan yang sudah perawat lakukan 
PERSIAPAN KLIEN 4. Salam "Selamat pagi, saya Antonia , perawat Puskesmas . Nama bapak siapa?" "Oo... bapak, senang dipanggil apa?" "Baik... Jadi senangnya dipanggil bapak saja ya?" 5. Evaluasi ""Bagaimana kesehatan anggota keluarga Bapak?" "Apakah ada yang sakit" 6. Validasi "Apakah sudah dibawa ke Puskesmas atau berobat di tempat lain Pak?" "Bagaimana hasilnya?"	Rasional memberi salam: Komunikasi teraupetik merupakan komunikasi profesional bagi perawat yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan atau pemulihan pasien 

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>"Apakah ada perubahan?"</p> <p>7. Kontrak</p> <p>Topik & Tujuan:</p> <p>"Saya akan melakukan pemeriksaan kesehatan, untuk mengetahui kondisi kesehatan Bapak Sekeluarga"</p> <p>Waktu</p> <p>"Waktunya kita butuhkan sekitar selama 30 menit yaa"</p> <p>Tempat</p> <p>"Kita lakukan di sini saja ya Pak?"</p>	<p>Rasional menjelaskan tujuan: membantu meminimalisir kecemasan selama prosedur dilakukan, membantu mendorong kerja sama serta memperjelas informasi yang diberikan pada klien dan memberikan kesempatan untuk menanyakan pertanyaan tambahan</p>
<p>Persiapan lingkungan</p> <p>8. Jaga privasi klien/ lingkungan yang nyaman</p>	
<p>C. Fase Kerja</p> <p>9. Pengkajian</p> <p>Identitas keluarga</p> <p>"saya akan mendata keluarga bapak yang tinggal serumah. Siapa yang menjadi kepala keluarga" dst(sesuai form). Kita duluan dari kepala keluarga (bapak ya)..</p> <p>Nama lengkap bapak , berapa umur saat ini. Pendidikan terakhir, dimana bapak bekerja, bagaimana kondisi bapak saat ini?</p> <p>Yg berikut .saya akan mendata ibu .. Pendidikan terakhir, Pekerjaan ibu, bagaimana kondisi ibu saat ini?</p> <p>Sekarang giliran anak ibu, nama lengkap?, berapa umunya?pendidikan ?, apakah anak ibu bekerja? dimana ? oo, jadi sudah satu tahun</p>	<p>Rasional melakukan pengkajian: untuk mengetahui kondisi, situasi, kesehatan dan kebutuhan klien.</p> 

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR																																													
<p>anak ibu tidak keluar rumha dan berdiam diri di kamar ?</p>																																														
<p>10.Pengkajian Indikator keluarga sehat (IKS)</p> <p>“Lanjutkan dengan data terkait kesehatan keluarga. “IKS merupakan program pemerintah agar seluruh keluarga sehat”</p> <p>“Ibu akan menjawab pertanyaan IKS dengan ya atau tidak”</p> <p>“Mari kita mulai ya bu”dst (sesuai form)</p> <p>Kesimpulan: “Berdasarkan jawaban ibu, kesehatan keluarga ibu sudah bagus, hanya saja ada yang perlu dilanjutkan pemeriksaan terhadap kesehatan jiwa</p>	<p>Rasional: Pengkajian IKS Untuk meningkatkan derajat kesehatan untuk pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN).</p> <p>Lampiran : Form Deteksi</p> <div><p>INDIKATOR KELUARGA SEHAT</p><p>Nama keluarga _____ Alamat _____ Kepala keluarga _____ Alamat _____ NIK _____ NIK _____</p><p>Petunjuk Pengisian: 1. Beri tanda check (X) pada kolom dan base yang sesuai dengan kondisi pasien dan keluarga</p><table><thead><tr><th>No</th><th>Indikator</th><th>Keterangan</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>Mengikuti Program Keluarga Berencana</td><td>Ya Tidak</td></tr><tr><td>2</td><td>Ibu Bersalin di Fasilitas Kesehatan</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Bayi Mendapat Imunisasi Dasar Lengkap</td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>Bayi Mendapat ASI</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>Bayi Mendapat Perawatan Perumbuhan dan Perkembangan</td><td></td></tr><tr><td>6</td><td>Anggota Keluarga Tidak Ada Yang Merokok</td><td></td></tr><tr><td>7</td><td>Keluarga Menjadi Anggota Jaminan Kesehatan Nasional</td><td></td></tr><tr><td>8</td><td>Keluarga Memiliki Akses Sanitasi Air Bersih</td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>Keluarga Memiliki Akses Jamban Sehat</td><td></td></tr><tr><td>10</td><td>Penderita TBC Paru Mendapat Pengobatan Standar</td><td>ada tidak ada ya tidak</td></tr><tr><td>11</td><td>Penderita Hipertensi Mendapat Pengobatan Teratur</td><td></td></tr><tr><td>12</td><td>Penderita Gangguan Jiwa Mendapat Pengobatan dan Tindak Teratur</td><td></td></tr><tr><td>13</td><td>Penderita Diabetes Mendapat Pengobatan Teratur</td><td></td></tr><tr><td>14</td><td>Penderita Kanker Mendapat Pengobatan Teratur</td><td></td></tr></tbody></table></div>	No	Indikator	Keterangan	1	Mengikuti Program Keluarga Berencana	Ya Tidak	2	Ibu Bersalin di Fasilitas Kesehatan		3	Bayi Mendapat Imunisasi Dasar Lengkap		4	Bayi Mendapat ASI		5	Bayi Mendapat Perawatan Perumbuhan dan Perkembangan		6	Anggota Keluarga Tidak Ada Yang Merokok		7	Keluarga Menjadi Anggota Jaminan Kesehatan Nasional		8	Keluarga Memiliki Akses Sanitasi Air Bersih		9	Keluarga Memiliki Akses Jamban Sehat		10	Penderita TBC Paru Mendapat Pengobatan Standar	ada tidak ada ya tidak	11	Penderita Hipertensi Mendapat Pengobatan Teratur		12	Penderita Gangguan Jiwa Mendapat Pengobatan dan Tindak Teratur		13	Penderita Diabetes Mendapat Pengobatan Teratur		14	Penderita Kanker Mendapat Pengobatan Teratur	
No	Indikator	Keterangan																																												
1	Mengikuti Program Keluarga Berencana	Ya Tidak																																												
2	Ibu Bersalin di Fasilitas Kesehatan																																													
3	Bayi Mendapat Imunisasi Dasar Lengkap																																													
4	Bayi Mendapat ASI																																													
5	Bayi Mendapat Perawatan Perumbuhan dan Perkembangan																																													
6	Anggota Keluarga Tidak Ada Yang Merokok																																													
7	Keluarga Menjadi Anggota Jaminan Kesehatan Nasional																																													
8	Keluarga Memiliki Akses Sanitasi Air Bersih																																													
9	Keluarga Memiliki Akses Jamban Sehat																																													
10	Penderita TBC Paru Mendapat Pengobatan Standar	ada tidak ada ya tidak																																												
11	Penderita Hipertensi Mendapat Pengobatan Teratur																																													
12	Penderita Gangguan Jiwa Mendapat Pengobatan dan Tindak Teratur																																													
13	Penderita Diabetes Mendapat Pengobatan Teratur																																													
14	Penderita Kanker Mendapat Pengobatan Teratur																																													
<p>11.Pengkajian SRQ</p> <p>“Selanjutnya saya akan memeriksa kesehatan bapak, ada beberapa pertanyaan yang harus bapak jawab sesuai kondisi bapak 30 hari terakhir ini”</p>	<p>Rasional Skrinning SRQ: Untuk</p> <div><p>25. Apakah Anda mengalami mimpi yang mengganggu tentang suatu bencana/musibah atau suatu kejadian yang menakutkan, seperti: gempa, banjir, kebakaran, kecelakaan?</p><p>26. Apakah Anda mengalami kegelisahan, ketakutan, atau kekhawatiran yang mengganggu aktivitas sehari-hari?</p><p>27. Apakah Anda merasa sedih, putus asa, atau kecewa yang terus-menerus?</p><p>28. Apakah Anda merasa sangat tegang, jika berada dalam situasi yang mengancam, Anda akan merasa bahwa Anda berada dalam bahaya?</p><p>29. Apakah Anda merasa bahwa Anda akan mengalami suatu bencana/musibah?</p><p>30. Apakah Anda merasa bahwa Anda akan mengalami suatu bencana/musibah?</p><p>Interpretasi</p><ul style="list-style-type: none">Jika terdapat kurang dari 6 (enam) jawaban YA, maka dilakukan promosi kesehatan tentang pola hidup sehat.Jika terdapat 6 (enam) atau lebih jawaban YA, berarti masuk "kamar GEMUK" (gaya hidup) maka sebelumnya dilakukan promosi kesehatan dan diarahkan ke PUSKESMAS untuk dilakukan pemeriksaan gangguan jiwa dan pemeriksaan lanjutan. Pemeriksaan lanjutan yang dilakukan adalah wawancara psikotrik oleh multidisiplin untuk menentukan diagnosis gangguan jiwa. Jika ada diagnosis gangguan jiwa akan dilakukan tata laksana multidisiplin sesuai diagnosis psikotrik.No. 21 mengindikasikan adanya penggunaan zat psikoaktif.Satu jawaban YA dan no. 22-24 (gejala psikotik) mengindikasikan adanya masalah serius dan perlu penanganan lebih lanjut.Satu jawaban YA dan no. 25-29 mengindikasikan adanya gejala-gejala PTSD (Post Traumatic Stress Disorder).</div>																																													
<p>12.Diagnosa</p> <p>“Baiklah bapak, dari hasil pemeriksaan yang kita lakukan maka ada beberapa kondisi kesehatan</p>	<p>Rasional merumuskan diagnosa: untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah dikelompokkan, selain</p>																																													

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>keluarga”</p> <ol style="list-style-type: none"> Ibu sendiri mengalami misalnya.. kecemasan Anak Bapak mengalami misalnya..harga diri rendah kronik ya pak Bapak dan keluarga lain sehat 	<p>itu diagnosis keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi masalah, factor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah.</p> 
<p>13.Tindakan</p> <p>“Baiklah, saya akan bantu ibu dulu untuk mengatasi kecemasan setelah itu kita ke anak ibu.”</p> <p>Tindakan keperawatan pada keluarga: Latihan Relaksasi tarik nafas dalam</p> <p>Tindakan keperawatan pada keluarga: latihan distraksi</p> <p>Tindakan keperawatan pada keluarga: hipnotis lima jari</p> <p>Na.. sekarang kita latihan Relaksasi : tarik nafas dalam</p> <p>“Bagaimana peraan ibu setelah latihan? Nah mari buat jadwal latihan, untuk semua kegiatan yang dilakukan tadi”</p>	<p>Rasional melakukan tindakan: untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasis paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan</p> 
<p>D. Fase Terminasi</p> <p>14. Evaluasi subjektif</p> <p>“Bagaimana perasaan bapak – ibu setelah latihan kegiatan tadi?”</p> <p>15. Evaluasi objektif</p> <p>“Apakah bapak-ibu coba peragakan ? Bagus sekali.</p>	<p>Rasional melakukan evaluasi Untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien, dan melihat kemampuan klien dalam mencapai</p>

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>16. Rencana tindak lanjut Keluarga Sebelum saya menjelaskan cara merawat anak ibu, sebaiknya kita ketemu dulu dengan anak ibu.</p>	<p>tujuan, serta respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan</p> <p>Rasional tindak lanjut : suatu mekanisme untuk memberikan asuhan keperawatan secara terus-menerus, memberikan informasi tentang kebutuhan kesehatan berkelanjutan setelah pasien pulang, melaksanakan evaluasi dan mengarahkan untuk perawatan diri sendiri</p>
Sikap	
<p>17. Empati 18. Menerapkan Komunikatif teraupetik dengan pasien 19. Percaya diri</p>	<p>Agar dapat memahami apa yang klien rasakan</p>

Daftar Pustaka

Akemat, K. B. (2021). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. EGC.

Keliat Budi Anna; et all. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.

Ramadia, A., Saswati, N., Silalahi, M., Hamu, A. H., Niriya, S., & Dewi Kurnia Putri. (2023).
Buku Ajar Jiwa S1 Keperawatan (T. M. Group (ed.)). Mahakarya Citra Utama Group.
<https://books.google.co.id/books?id=9QDDEAAAQBAJ>

UNTUK PASIEN DENGAN MASALAH UTAMA ISOLASI SOSIAL





**Nuansa
Fajar
Cemerlang**


**PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KOMUNIKASI (SP)
UNTUK PASIEN DENGAN MASALAH UTAMA ISOLASI SOSIAL**



1. Definisi: Melakukan interaksi komunikasi bersama keluarga untuk mendiskusikan masalah klien yang di rasakan , cara merawat klien, melatih keluarga cara merawat klien dan merujuk kien ke pelayanan kesehatan.
2. Tujuan:
Keluarga mampu:
 - a. Menidentifikasi kesehatan mental keluarga dan indikator keluarga sehat
 - b. Merusmuskan masalah kesehatan mental keluarga
 - c. Merencanakan tindakan untuk mengatasi kesehatan mental,
 - d. Melakukan kegiatan bersama dengan orang lain
3. Indikasi: keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan masalah isolasi sosial: menarik diri
4. Kontraindikasi: -
5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut): menggunakan teknik komunikasi teraupetik, empati
6. Contoh Kasus
Perawat melakukan kunjungan keluarga, didapatkan Laki- laki, 45 tahun, dengan keluhan sudah 1 tahun sering mengurung diri, tidak mau berbicara dengan orang lain. Menurut keluaraga klien pernah memukul tetangganya setahun yang lalu. Selama ini mereka sudah berusaha mencari pengobatan alternatif dan pendoa untuk menyembuhkan klien. Sekarang keluarga tidak tau harus bagaimana. Apakah intervensi keperawatan utama untuk keluarga pada kasus ini?
 - A. Jelaskan bagaiman berinterkasi dengan orang lain
 - B. Ajarkan cara berkomunikasi dengan orang lain
 - C. Edukasi Tugas Kesehatan Keluarga
 - D. BeriPujian atas keberhasilan pasien
 - E. Bimbing klien melakukan latihan mengendalikan perilakuk kekerasanJawaban : C
7. Pembahasan soal kasus
8. Pada kasus ini keluarga memiliki salah satu anggota keluarga dengan gangguan jiwa : masalah isolasi sosial. Dari data di atas keluarga tidak tau ada tugas keesehatan jiwa yang harus dilakukan oleh keluarga.
Edukasi 5 Tugas kesehatan keluarga
Keluarga mampu mengenal masalah
Keluarga mampu memutuskan masalah

Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit
 Keluarga mampu memodifikasi lingkungan
 Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
A.Fase Prainteraksi 1.Lihat Rekam Medik klien: Nama Klien. Umur 2. Diagnosa medik klien. Alamat tempat tinggal	Rasional: Untuk mengetahui data- klien sebelum bertemu dengan keluarga dan klien 
B. Fase Orientasi PERSIAPAN ALAT (* = <i>wajib ada</i>) 16. Buku catatan dan Bolpoint	Rasional: Untuk mencatat semua data dan tindakan yang sudah perawat lakukan 
Salam "Selamat pagi Ibu dan (sebut nama klien) saya Antonia perawat penanggung jawab keluarga Ibu dan (Sebut nama Klien) yang kemarin berkunjung ke rumah."	Rasional: Menunjukkan kesadaran perubahan yang terjadi dan mengharagai pasien dan kaan mempermudah perawat melakukan pendekatan dan intrevensi

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
	
<p>Evaluasi "Bagaimana (sebut nama klien), masih ada perasaan kesepian?"</p> <p>Validasi "Bagaimana latihannya? Bagus, apakah ada manfaatnya?"</p> <p>Kontrak</p> <ul style="list-style-type: none"> Tindakan dan tujuan: "Baiklah saya akan periksa kembali ya, dan akan menjelaskan obat yang diberikan dokter untuk (Sebut nama Klien)." Waktu: "Tidak lama Bu, (sebut nama klien) kira-kira 15 menit." <p>Tempat: "Mari duduk di ruang poli jiwa /di meja perawat."</p>	<p>Rasional: menjelaskan tujuan: membantu meminimalisir kecemasan selama prosedur dilakukan, membantu mendorong kerja sama serta memperjelas informasi yang diberikan pada klien dan memberikan kesempatan untuk menanyakan pertanyaan tambahan</p> 
<p>Persiapan lingkungan 17. Jaga privasi klien/ lingkungan yang nyaman</p>	
<p>C. Fase Kerja Pengkajian "Apakah masih ada perasaan kesepian dan malas berinteraksi dengan orang lain? Apakah ada perasaan takut ditolak oleh orang lain?"</p>	<p>Rasional Untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien, Mengidentifikasi dan mengenali masalah-masalah yang dihadapi klien, Mengidentifikasi kebutuhan</p>

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>"Apakah latihan berkenalan, bercakap-cakap dengan keluarga, bercakap-cakap dalam kegiatan, kegiatan sosial sudah dilakukan? Bagus. Apakah bermanfaat? Bisa saya lihat jadwal kegiatannya? Bagus."</p> <p>"Kalau Ibu bagaimana apakah sudah memotivasi (sebut nama Klien)?"</p> <p>Diagnosis</p> <p>"Ooo, berarti tanda dan gejala sudah berkurang dan latihan telah dilakukan."</p> <p>Tindakan keperawatan</p> <p><i>Penjelasan obat</i></p> <p>"Baik Bu, (sebut nama klien) saya akan jelaskan obat yang diberikan dokter. Agar diminum dengan prinsip 8 benar."</p> <ul style="list-style-type: none"> – Benar orang: "Setiap minum obat dicek tempat obatnya nama (sebut nama klien)." – Benar obat: "Obatnya ada 3, pertama Heloperidol, warnanya....., kedua..... dan seterusnya." – Benar manfaat: "Obat ini untuk mengendalikan kesehatan (sebut nama klien). Dan membuat pikiran jernih." – Benar dosis: Dosisnya 5 mg – Benar frekuensi: "Diminum dua kali sehari jam 7 pagi dan jam 19 malam." – Benar cara: Diminum dengan air minum yang cukup, sesudah makan." – Benar kadaluarsa: "Bisa dicek tanggal kadaluarsanya ya." – Benar dokumen: "Setelah diminum ketika diceklis d jadwal minum obat, ini saya berikan formulirnya dan cara mengisinya" <p>"Bagaimana Bu, (nama klien) sudah jelas? Apakah ada pertanyaan? Boleh diminum sekarang."</p> <p><i>Pemberian obat</i></p> <p>"Nina, sebelum minum obat, Ibu cek ulang keamanannya dan ketepatannya, nama lengkap</p>	<p>kesehatan klien, Mengidentifikasi fisik, mental, social dan lingkungan klien.</p> <p>Rasional: Agar keluarga dapat mengerti dan mematuhi pemberian obat yang benar dan tepat kepada pasien.</p> 

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>(sebut nama klien), jika sudah tepat, obat diminum."</p> <p>"Cek obat yang telah diminum, air minum dihabiskan, sudah tertelan? Baiklah"</p>	 
<p>D. Fase Terminasi</p> <p>Evaluasi subjektif</p> <p>"Bagaimana perasaan Ibu dan (sebut nama klien) setelah dapat obat?"</p> <p>Evaluasi objektif</p> <p>"Apa tadi nama obatnya? Apa gunanya? Berarti tambah cara mengatasi masalahnya dengan minum obat."</p> <p>Rencana tindak lanjut klien</p> <p>"(sebut nama klien) kita masukkan ya jadwal minum obatnya di jadwal kegiatan, nanti diamati manfaat obatnya ya. Ibu juga bisa mengamatinnya. Jangan lupa teruskan latihan yang lain."</p> <p>Rencana tindak lanjut perawat</p> <p>"Minggu depan kita ketemu lagi mengevaluasi perasaan kesepian serta manfaat latihan dan obat. Sekalian kita akan bicara tentang cara mengatasi perasaan ditolak oleh orang lain."</p> <p>Salam</p> <p>"Semoga cepat sembuh."</p>	
<p>Sikap</p>	
<p>18. Empati</p>	

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
19. Menerapkan Komunikatif teraupetik dengan pasien 20. Percaya diri	

Daftar Pustaka

- Akemat, K. B. (2021). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. EGC.
- Keliat Budi Anna; et all. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Ramadia, A., Saswati, N., Silalahi, M., Hamu, A. H., Niriya, S., & Dewi Kurnia Putri. (2023). *Buku Ajar Jiwa S1 Keperawatan* (T. M. Group (ed.)). Mahakarya Citra Utama Group.
<https://books.google.co.id/books?id=9QDDEAAAQBAJ>

Form Jadwal Kegiatan Harian

1. Pengertian

Jadwal kegiatan harian merupakan pendekatan terapi pada pasien jiwa melalui serangkaian aktivitas yang disusun sesuai dengan tujuan terapi sebagai panduan aktivitas harian pasien.

2. Tujuan

- Mempermudah terapi selama proses perawatan.
- Menghilangkan perilaku negatif.
- Merubah perilaku
- Melatih kemampuan positif pasien
- Meningkatkan aktivitas pasien

3. Indikasi

- Depresi
- Masalah psikososial
- Pasien yang menerima terapi kognitif
- Pasien jiwa berat
- Pasien rehabilitasi narkoba
- Skizofrenia dengan gejala negatif

4. Kasus

Seorang laki-laki, 25 tahun, di rawat di ruang bangsal RSJ karena depresi. Hasil pengkajian lebih banyak diam, tampak baju kotor dan bau, nafsu makan menurun, kadang-kadang menangis. Perawat akan membuat intervensi keperawatan untuk meningkatkan aktivitas pasien tersebut. Apa intervensi yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Kaji penyebab depresi
- B. Kaji kemampuan positif pasien
- C. Membuat jadwal kegiatan harian
- D. Menjauhkan barang-barang yang berbahaya dari pasien
- E. Melatih mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain

5. Pembahasan soal

Pada kasus tersebut, yang menjadi kata kuncinya adalah meningkatkan aktivitas dan depresi sehingga perawat perlu membuat kegiatan harian, jadi jawabannya adalah B. membuat jadwal kegiatan harian.

Kenapa bukan yang lain?

Jawaban A salah karena tujuan tindakan untuk mengkaji sumber-sumber penyebab pasien mengalami depresi

Jawaban B salah karena merupakan intervensi untuk pasien dengan harga diri rendah

Jawaban D salah karena merupakan intervensi untuk pasien resiko perilaku kekerasan

Jawaban D salah karena merupakan intervensi untuk pasien gangguan persepsi sensori: halusinasi

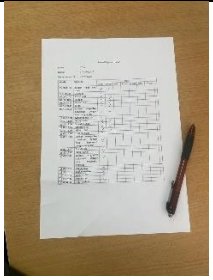
6. Form jadwal kegiatan harian

Nama :

Kamar :

No. rekam medis :

Waktu	Aktivitas	Aktivitas harian							Rasional dan Gambar
		Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu	Minggu	
05.00	Bangun tidur	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	 <p>Melibatkan pasien dalam diskusi aktivitas kegiatan harian pasien, serta memasukkan aktivitas yang sudah dilatih pasien</p>
05.30	olahraga	✓	-	✓	-	✓	✓	-	
dst	dll								
									 <p>Tulis aktivitas harian pasien dalam form kegiatan harian</p>

									 <p>Beri tanda jika pasien berhasil melakukan pada setiap kegiatan pada form jadwal harian sehingga memudahkan dalam evaluasi</p>

Daftar Pustaka

- Anvari, Morgan S. et al. 2023. "Adapting a Behavioral Activation Intervention for Opioid Use Disorder and Methadone Treatment Retention for Peer Delivery in a Low-Resource Setting: A Case Series." *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Kleinman, Mary B. et al. 2023. "'You Rise up and Then You Start Pulling People up with You': Patient Experiences with a Peer-Delivered Behavioral Activation Intervention to Support Methadone Treatment." *International Journal of Drug Policy* 122: 104234. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955395923002815> (October 22, 2023).
- Muyambi, Kuda et al. 2023. "Efficacy of Behavioural Activation in the Treatment of Negative Symptoms in People with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review." *International Journal of Nursing Studies Advances* 5: 100132.
- Paquette, Catherine E. et al. 2023. "Group Behavioral Activation with and without a Smartphone App in Intensive Outpatient Treatment for Substance Use Disorder: A Three-Arm Randomized Controlled Trial." *Drug and Alcohol Dependence* 243: 109758.
- Phillips, Jennifer L., Pierre Blier, and Jeanne Talbot. 2023. "Sustaining the Benefits of Intravenous Ketamine with Behavioural Activation Therapy for Depression: A Case Series." *Journal of Affective Disorders Reports* 14: 100613.

**PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN
STANDAR PELAKSANAAN PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL**



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

Template Penyusunan Buku Prosedur Tindakan Keperawatan Jiwa
Optimal by Nuansa Fajar Cemerlang
Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022
Standar Pelaksanaan Pengkajian Psikososial

1. Definisi

Psikososial merupakan suatu kondisi yang terdapat pada setiap individu yang mencakup aspek psikologis atau psikis dan aspek sosial, dimana kedua aspek tersebut saling berhubungan satu sama lainnya.

Psikososial adalah perkembangan manusia dalam bentuk tingkah laku, hubungan dan interaksi serta bagaimana pikiran, perasaan, emosi dan tindakan tersebut dapat mempengaruhi dan dipengaruhi oleh orang lain, pengalaman sosial atau situasi sosial yang ada di sekitarnya. Psikososial menekankan pada hubungan yang dekat dan dinamis antara aspek psikologis dan pengalaman sosial yang ada disekelilingnya yang secara terus menerus saling mempengaruhi satu sama lain.

Jenis-jenis Kebutuhan Psikososial adalah : Kebutuhan akan kasih sayang, Rasa aman, Harga diri, Rasa memiliki, Kebutuhan mendapatkan pengalaman.

Aspek-aspek psikososial

- Aspek Psikologis

Aspek Psikologis adalah aspek yang berkaitan dengan kondisi kejiwaan atau psyche. Aspek psikologis menjelaskan tentang proses mental yang dipengaruhi oleh tingkah laku individu. Aspek psikologis terdiri dari beberapa jenis, yaitu: emosi, kondisi jiwa, pikiran, stres, perasaan, konsep diri, pemahaman diri dan harapan.

- Aspek sosial

Aspek sosial menjelaskan bagaimana individu menjalankan kehidupannya, seperti melakukan interaksi sosial, relasi dengan lingkungan sosialnya. Selanjutnya aspek sosial menjelaskan bagaimana individu melakukan peranan sosialnya sesuai dengan perannya di lingkungan sosial. Adapun jenis Aspek sosial adalah sebagai berikut: interaksi sosial, relasi sosial, Penyesuaian diri, Aktivitas sosial, mencakup adanya tatanan sosial, hubungan dengan orang lain, sistem kekerabatan, agama atau religi serta keyakinan yang berlaku dalam suatu tatanan di lingkungan tempat tinggal.

Masalah-masalah Psikososial adalah : Kecemasan, Depresi, Duka cita, Harga diri rendah, Gangguan kognitif, Gangguan citra tubuh dan Keputusan.

2. Tujuan Pengkajian Psikososial

- a. Kognitif, klien mampu :
 - 1) Mengetahui konsep psikososial yang sehat dan yang terganggu/sakit.
 - 2) Mengetahui cara mengatasi gangguan psikososial
- b. Psikomotor, klien mampu :
 - 1) Mengafirmasi konsep diri, hubungan sosial dan spritual yang sehat.
 - 2) Melatih dan menggunakan konsep diri, hubungan sosial dan spritual yang sehat.
 - 3) Mengontrol dan melatih konsep diri, hubungan sosial dan spritual yang terganggu.
- c. Afektif, Klien mampu:
 - 1) Mengevaluasi manfaat yang telah disarankan dari konsep psikososial yang terganggu
 - 2) Mengevaluasi manfaat konsep psikososial yang masih sehat
 - 3) Merasakan manfaat latihan konsep psikososial yang terganggu

3. Indikasi

- a. Klien mengalami mudah tersinggung
- b. Klien mengalami perubahan pola tidur
- c. Klien mengalami perasaan bersalah
- d. Klien mengalami perubahan tingkat energi
- e. Klien mengalami kehilangan motivasi
- f. Klien mengalami perubahan nafsu makan
- g. Klien mengalami rasa kecewa
- h. Klien mengalami kecemasan
- i. Klien mengalami keinginan untuk bunuh diri
- j. Klien mengalami Perubahan konsentrasi dalam penyelesaian tugas

4. Kontraindikasi

- a. Pasien menolak atau menarik diri (isolasi diri)
- b. Klien dalam kondisi frustrasi
- c. Klien merasa rendah diri

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Perawat menjalin hubungan terapeutik dengan klien
- b. Perawat berkomunikasi interpersonal dengan klien
- c. Perawat mengamati gejala atau tanda dari perilaku kecemasan berlebihan, kemarahan yang berlebihan, dan perilaku agresif dari klien.

6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki, 40 tahun. Klien mengalami perubahan pola tidur, perubahan nafsu makan dan perubahan dalam penyelesaian tugas. Klien mengalami perasaan bersalah dan kehilangan motivasi. Saat ini klien sering murung dan berdiam diri, klien sekarang dalam perawatan dengan psikolog.

Pertanyaan soal : Data fokus dalam pengkajian pada :

Pilihan Jawaban

a. Data Emosi dan interaksi sosial



- b. Data Konsep diri dan nilai keyakinan
- c. Data status mental
- d. Data Alam Perasaan
- e. Data Persepsi dan waham




7. Pembahasan soal kasus

Fokus pada pertanyaan yang ditanyakan adalah apa data fokus yang perlu dikaji dalam kebutuhan psikososial?. Pada kasus ini , klien menunjukkan data sebagai berikut: mengalami perubahan pola tidur, perubahan nafsu makan dan perubahan dalam penyelesaian tugas. Klien mengalami perasaan bersalah dan kehilangan motivasi. Saat ini klien sering murung dan berdiam diri, klien sekarang dalam perawatan dengan psikolog. Perasaan bersalah dan kehilangan motivasi termasuk dalam data emosi, selanjutnya data klien sering murung , berdiam diri atau mengisolasi diri termasuk dalam aspek data dari interaksi sosial. Adapun data fokus yang tepat untuk dikaji dalam kebutuhan psikososial adalah :

a.Data emosi dan data interaksi sosial

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi '1. Kaji keadaan umum emosi klien 2. Kaji kemampuan komunikasi klien 3. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan wawancara/pengkajian 4. Lakukan kontrak waktu dengan klien	Rasionalisasi: Dengan Persiapan sebelum bertemu dengan klien maka perawat dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan klien agar dapat lebih memaksimalkan kemampuan diri sehingga lebih bernilai terapeutik bagi klien.

	<p>Gambar 1 : Fase Prainteraksi</p> 
<p>Planning (P) : Perencanaan</p>	
<p>Fase Orientasi</p> <p>5. PERSIAPAN ALAT (* = <i>wajib ada</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruang yang nyaman • Kursi • Meja (bila diperlukan) • List identitas klien • Pena/ballpoint • Buku catatan • Air minum mineral 	<p>Rasionalisasi: Dengan persiapan alat yang lengkap perawat dapat bekerja dengan sistematis dan nyaman.</p> <p>Gambar 2 : Persiapan Alat</p> 
<p>PERSIAPAN KLIEN</p> <p>6. Ucapkan salam terapeutik , perkenalkan diri dan cek identitas klien</p> <p>7. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</p> <p>8. Atur posisi duduk pasien terhadap perawat dengan jarak 1-2 meter (agar</p>	<p>Rasionalisasi: Dengan persiapan klien, perawat dapat menciptakan suasana kondusif untuk melakukan pengkajian.</p>

<p>menjaga safety perawat, dan kenyamanan pasien)</p>	<p>Gambar 3 : Persiapan Klien:</p> 
<p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <p>9. Jaga privasi klien (tutup tirai/pintu) 10. Atur sirkulasi udara diruangan tidak panas atau dingin 11. Atur pencahayaan ruangan yang cukup (tidak terang/gelap)</p>	<p>Rasionalisasi: Dapat menciptakan suasana lingkungan yang nyaman dan kondusif : Gambar 4:</p> 
<p>Implementation (I) : Implementasi</p>	
<p>Fase Kerja</p> <p>12. Selama melakukan pengkajian /berkomunikasi dengan klien perlu diperhatikan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kalimat yang disampaikan jelas dan singkat - Perhatikan mimik muka, bodylanguage saat berinteraksi dengan klien - Perhatikan intonasi kalimat yang disampaikan - Perhatikan body language, gerak tubuh klien - Didampingi keluarga terdekat 	<p>Rasionalisasi: Dapat membina hubungan terapeutik Gambar 5 : Fase Kerja</p>  <p>Rasionalisasi: Menggali hub klien dgn keluarga</p>

13. Buatlah Genogram minimal tiga generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan keluarga

- a. Gali masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh
- b. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data

Gambar 6 : Fase Kerja



Rasionalisasi: Dapat mengali data, mengumpulkan masalah dan mencari solusi bersama klien dan keluarga secara terbuka berkaitan dengan konsep diri, Hubungan sosial dan Spiritual.

Gambar 7a : Fase kerja

14. Tanyakan Konsep diri

a. Gambaran diri

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

b. Identitas diri, tanyakan tentang

- Status dan posisi klien sebelum dirawat

- Kepuasan klien sebagai laki-laki/perempuan

c. Peran: Tanyakan,

- Tugas/Peran yang diemban dalam keluarga/kelompok/masyarakat

d. Ideal diri: Tanyakan.

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

e. Harga diri: Tanyakan,

- Hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi no.14 a,b,c,d
- Penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupan

f. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data yang ada



Gambar 7b : fase kerja

Rasionalisasi: Dapat Hubungan sosial dan dukungan baik maka klien dapat mengekspresi positif di lingkungan

Gambar 8: Fase Kerja



Rasionalisasi: Dengan hubungan spiritual yang selaras maka dapat mengontrol emosi klien

<p>15. Hubungan Sosial</p> <ol style="list-style-type: none"> Tanyakan pada klien siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu/curhat, tempat bicara, minta bantuan atau sokongan Tanyakan pada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat Tanyakan pada klien sejauh mana ia terlibat dalam kelompok dimasyarakat Tanyakan hambatan dalam berhubungan dengan orang lain Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data yang ada <p>16. Spiritual</p> <ol style="list-style-type: none"> Nilai dan keyakinan : Tanyakan tentang : <ol style="list-style-type: none"> Pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa Kegiatan ibadah : Tanyakan: <ol style="list-style-type: none"> Kegiatan ibadah dirumah secara individu dan kelompok Pendapat klien/keluarga tentang kegiatan ibadah Masalah Keperawatan ditulis sesuai data <p>17. Berikan dukungan semangat, bahwa klien bisa melaluinya dengan baik</p> <p>18. Ucapkan salam terapeutik</p> <p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Beri <i>reinforcement positif</i> Beri <i>support sistem</i> Rapikan kursi dan alat tulis Kontrak waktu dengan klien untuk upaya tindak lanjut 	<p>Gambar 9 : Fase Kerja</p>  <p>Rasionalisasi: Dapat memberikan dukungan bahwa klien tidak sendiri dan banyak orang yang menyayanginya</p> <p>Gambar 10 : Fase Kerja</p>  <p>Rasionalisasi : Dengan salam terapeutik dapat memberikan support kepada klien dan membina hubungan antara perawat dan klien.</p> <p>Gambar 11 : fase Kerja</p>  <p>Rasionalisasi : memberikan kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan perasaannya setelah dilakukan pengkajian serta memberikan feedback dan memberikan pujian atas kerjasama klien dan kontrak waktu selanjutnya.</p>
---	--

	<p>Gambar 12 : Fase Terminasi</p> 
<p>Evaluation (E) : Evaluasi</p> <p>23. Evaluasi klien terhadap emosi 24. Evaluasi klien terhadap perasaan 25. Evaluasi klien terhadap interaksi sosial 26. Evaluasi respon klien terhadap pengkajian 27. Dokumentasi pengkajian dan hasil pengkajian</p>	<p>Rasionalisasi: Dapat menilai perkembangan emosi, perasaan, respon, interaksi sosial klien setelah dilakukan pengkajian.</p> <p>Gambar 13 : Fase Evaluasi</p> 
<p>Sikap</p> <p>28. Menerapkan komunikasi 2 arah dengan klien sebelum dan sesudah tindakan 29. Melakukan pengkajian dengan sistematis dan santai 30. Komunikatif dengan pasien 31. Percaya diri 32. Disilangi dengan humor</p>	<p>Rasionalisasi: Perawat dapat membina hubungan terapeutik dengan klien sehingga klien merasa aman dan nyaman berkomunikasi dengan perawat</p> <p>Gambar 14 : Sikap perawat terhadap klien</p> 

Daftar pustaka

- Ns. Sutejo, M.Kep, Sp.Kep.,J, dkk, *Buku Panduan Praktik Profesi, Keperawatan Jiwa (PPKJ) semester genap TA 2022/2023*, Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, 2023
- NANDA International, (2016), *Nursing Diagnosa Definition and Classification 2017-2019*, Oxford: Willey – Blackwell.
- Keliat, B. A, Hamid, A.Y.S, Putri, Y.S.E., Daulima, N.H.C, Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G & Panjaitan , R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC Kedokter

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA






**Nuansa
Fajar
Cemerlang**





PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

1. Definisi : menilai gangguan kesehatan jiwa pada aspek status mental, psikososial dan orientasi
2. Tujuan : untuk menemukan kelaian kesehatan jiwa dan menentukan diagnosa keperawatan kesehatan jiwa
3. Indikasi : dilakukan pada klien tenang dan tidak dalam pengaruh obat psikofarmako
4. Kontraindikasi : tidak dilakukan pada klien yang selesai mendapat terapi kejang listrik (Electro Convulsi terapi)
5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)
 - a. Lingkungan yang tenang
 - b. Pasien dalam kondisi tenang
6. Contoh Kasus (Dalam bentuk soal UKOM – Sesuai dengan Topik/Judul)

Seorang laki-laki berumur 25 tahun di rawat di RSJ. Saat dikaji pasien terlihat sedang mondar mandir di kamarnya sambil berbicara sendiri, mengarahkan matanya ke arah tertentu, sesekali pasien suka marah –marah, tidak mau berkomunikasi dengan orang lain, pakaian terlihat kotor dan lusuh
7. Pembahasan soal kasus

Soal di atas menunjukkan hasil pengkajian pada klien dengan gangguan jiwa. Ditandai dengan adanya perilaku yang diulang-ulang seperti mondar mandir dan terlihat pasiennya itu sering berbicara sendiri. Dengan demikian bahwa hasil pengkajian menunjukkan pasien mengalami gejala hallusinasi.

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	
Fase Prainteraksi 1. Mengetahui diri sendiri <ol style="list-style-type: none"> Menyatakan tujuan dan harapan yang ingin dicapai Menyatakan kekuatan dan kelemahan diri, meliputi : sikap dan keterampilan profesional yang di miliki dalam mengatasi masalah keperawatan klien. Menyatakan usaha untuk mengatasi kelemahan dan program antisipasi 2. Mengetahui perasaan sendiri <ol style="list-style-type: none"> Menyatakan perasaan yang dialami saat ini Menyebutkan timbulnya perasaan tersebut Menyebutkan usaha untuk mengatasi perasaan negatif 3. Menyatakan waktu dan lamanya interaksi 4. Menyatakan rencana setting tempat interaksi	Mengeksplor diri perawat Setting tempat dengan duduk berhadapan 
Planning (P) : Perencanaan	
Fase Orientasi 33. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> Set alat pemeriksaan fisik Tirai Buku catatan Jam tangan 	
PERSIAPAN KLIEN 34. Menciptakan hubungan saling percaya antara perawat – klien <ol style="list-style-type: none"> Mengucapkan salam dengan senyum dan ramah Mengingatnkan nama perawat dan nama panggilan klien Menjelaskan peran perawat – klien (sesuai kebutuhan) Menjelaskan kerahasiaan (sesuai kebutuhan) Evaluasi tindakan yang lalu 	

<p>35. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan</p> <p>36. Menyatakan tujuan tindakan yang akan dilakukan</p> <p>37. Menyetujui bersama klien tentang tindakan yang akan dilakukan</p> <p>38. Menyatakan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan</p> <p>39. Membuka pembicaraan dengan topik netral</p> <ol style="list-style-type: none"> Menanyakan perasaan dan aktivitas yang telah dilakukan Memberikan respon yang sesuai 	
<p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <p>40. Jaga privasi klien(tutup tirai)</p> <p>41. Berhadapan/sedikit menyamping sesuai kebutuhan</p> <p>42. Membelakangi pintu dan jendela</p>	 
Implementation (I) : Implementasi	
<p>Fase Kerja</p> <p>43. Cuci tangan</p> <p>44. Menanyakan alasan masuk</p> <p>45. Menanyakan apakah pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu</p> <p>46. Menanyakan keberhasilan pengobatan sebelumnya</p> <p>47. Menanyakan apakah pernah mengalami aniaya fisik? Di usia berapa dan sebagai korban atau pelaku?</p> <p>48. Menanyakan apakah pernah mengalami aniaya seksual? Di usia berapa dan sebagai korban atau pelaku?</p> <p>49. Menanyakan apakah pernah mengalami penolakan? Di usia berapa dan sebagai korban atau pelaku?</p> <p>50. Menanyakan apakah pernah mengalami KDRT? Di usia berapa dan sebagai korban atau pelaku?</p>	 

51. Menanyakan apakah pernah mengalami aniaya fisik? Di usia berapa dan sebagai korban atau pelaku?
52. Tanyakan adakah keluarga yang mengalami gangguan jiwa?
53. Pemeriksaan Fisik
 - Tanda-tanda vital
 - Antropometri
 - Keluhan Fisik
54. Menanyakan Konsep diri klien
 - Menanyakan bagian tubuh mana yang paling disukai
 - Menanyakan identitas klien
 - Menanyakan peran diri klien
 - Menanyakan ideal diri/ harapan klien
 - Menanyakan harga diri klien
55. Hubungan Sosial
 - Menanyakan orang yang berarti bagi klien
 - Menanyakan peran serta klien dalam kegiatan masyarakat/ kelompok
 - Menanyakan hambatan dalam berhubungan dengan orang lain
56. Spiritual
 - Menanyakan tentang nilai dan keyakinan klien
 - Menanyakan tentang kegiatan ibadah
57. Mengamati penampilan klien
58. Mengamati cara klien berbicara
59. Mengamati aktivitas motorik klien
60. Mengamati dan menanyakan alam perasaan klien
61. Mengamati afek klien
62. Mengamati interaksi klien selama wawancara
63. Menanyakan tentang persepsi klien
 - Pendengaran
 - Penglihatan
 - Pengecapan
 - Perabaan
 - Penghidu
64. Mengamati proses pikir klien
65. Mengamati isi pikir klien
66. Mengamati tingkat kesadaran klien



67. Mengamati tingkat orientasi klien terhadap waktu, orang, dan tempat
68. Menanyakan tentang memori
 - Daya ingat jangka panjang
 - Daya ingat jangka pendek
 - Daya daya ingat saat ini
69. Mengobservasi tingkat konsentrasi dan berhitung klien
70. Mengamati tingkat intelegensi klien
71. Mengamati dan menanyakan klien dalam membuat keputusan
72. Mengamati dan menanyakan tentang daya tilik diri
73. Menanyakan Persiapan kebutuhan pulang
 - Menanyakan kemandirian makan
 - Menanyakan tentang BAB dan BAK
 - Menanyakan tentang kebersihan diri
 - Menanyakan tentang berpakaian
 - Menanyakan tentang penggunaan obat.
74. Mengobservasi mekanisme koping klien
75. Menanyakan psikososial dan lingkungan
 - Menanyakan masalah klien saat ini
 - Menanyakan bagaimana interaksi dalam keluarga
 - Menanyakan sistem pendukung yang dimiliki


Fase Terminasi

76. Mengingatkan waktu interaksi akan segera berakhir
77. Menanyakan perasaan klien tentang berakhirnya interaksi
78. Meminta klien menceritakan apa yang telah didiskusikan
79. Membuat rencana tindak lanjut
80. Menyepakati kontrak baru untuk pertemuan berikutnya
81. Mengucapkan salam dengan ramah, sopan dan bersahabat

Evaluation (E) : Evaluasi

82. Melakukan catatan evaluasi setelah dilakukan pengkajian
83. Menerapkan komunikasi terapeutik selama melakukan pengkajian kesehatan jiwa



Sikap	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan sikap duduk terbuka dengan klien 2. Mempertahankan kontak mata dengan klien 3. Memberi pujian kepada klien 	

Daftar Pustaka

1. Keliat, B.A. (2006). Keperawatan Kesehatan Jiwa, Jakarta, EGC.
2. Keliat, B.A. (2007). Modul model praktek keperawatan kesehatan jiwa edisi 2. Jakarta: EGC.
3. Suryani. (2013). Proses terjadinya halusinasi: sebagaimana diungkapkan oleh penderita skizofrenia. Jurnal keperawatan padjadjaran. ISSN: 2338-5324. Volume Nomor 1

SINOPSIS

UNTUK MAHASISWA KEPERAWATAN

Buku Standar Operasional Prosedur (SOP) keperawatan jiwa ini disusun oleh Dosen-dosen Keperawatan seluruh Indonesia untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran bagi Dosen dan Mahasiswa Keperawatan yang didasarkan atas evidence based dan hasil pengalaman praktik dosen dan mahasiswa serta dari literatur terkini, sehingga sangat relevan dan update dengan kondisi pada pelayanan baik di rumah sakit maupun komunitas. Secara lebih lengkap isi buku ini dapat diuraikan sebagai berikut :

Buku ini berisi tentang Standar Operasional Prosedur (SOP) tindakan keperawatan jiwa yang dipaparkan secara singkat, padat, dan jelas serta terkini tentang teori, tindakan disertai gambar serta contoh kasus beserta jawaban dan pembahasannya.

Buku Standar Operasional Prosedur (SOP) ini disajikan secara sistematis dan terstruktur sehingga memudahkan pembaca dalam mempelajarinya. Semoga bermanfaat dan dapat memberikan sumbangsih referensi ilmu kepada pembaca tentang Standar Operasional Prosedur (SOP) Keperawatan Jiwa yang sangat kompleks permasalahannya khususnya tentang keterampilan praktik Keperawatan jiwa.

Selamat Belajar dan Tetap Semangat untuk Menjadi Perawat Profesional Masa Depan di Indonesia. Salam sehat jiwa.