

MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN PSIKIATRI



TIM PENYUSUN
NŞ. DIAN FITRIA, M.KEP., SP.KEP. J
TRI SETYANINGSIH, M.KEP., SP.KEP. J

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA

JAKARTA

2023

MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN PSIKIATRI



Nama Mahasiswa :

NIM :

Tahun Akademik :

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA

JAKARTA

2023



VISI

Menjadi institusi pendidikan kesehatan bermutu, berdaya saing nasional dan berorientasi global dalam mewujudkan lulusan yang kompeten serta berbudi pekerti luhur pada tahun 2037

MISI

1. Menyelenggarakan kegiatan tri dharma perguruan tinggi yang bermutu dan melakukan monitoring serta evaluasi secara berkesinambungan
2. Mengelola program studi untuk menghasilkan lulusan yang berbudi pekerti luhur dan kompeten pada keilmuan kesehatan di bidangnya
3. Mendorong sivitas akademika mampu melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dalam keilmuan kesehatan sesuai bidangnya.
4. Menanamkan nilai-nilai SerQuaResNC dengan sepenuh hati, komitmen terhadap kualitas dan bertanggung jawab di kalangan sivitas akademika
5. Membangun kemitraan dengan lembaga-lembaga regional, nasional maupun internasional dalam meningkatkan kualitas lulusan.



NILAI YANG DIANUT SERQUARESNC

Service

Memberikan pelayanan sepenuh hati

Quality

Komitmen pada kualitas

Responsibility

Tanggung jawab

Networking

Hubungan kemitraan

Continue Improving

Penyempurnaan berkesinambungan

Modul Praktikum Keperawatan Psikiatri

Penulis:

Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep. J

Tri Setyaningsih, M.Kep., Sp.Kep.J

Penanggung Jawab:

Ellynia, SE., MM

Pemimpin Redaksi:

Dr. Enni Juliani, M. Kep

Sekretaris Redaksi:

Ns. Jehan Puspasari, M. Kep

Editor:

Ns. Jehan Puspasari, M.Kep.



Diterbitkan Oleh:

Husada Holistic Press

Mangga Besar Raya No- 137-139 Jakarta Pusat

Telp. (021) 6259984

Email: lppm@stikesrshusada.ac.id

Cetakan I, tahun 2023

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak modul ini dalam bentuk dan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami ucapkan atas kehadiran Tuhan YME dengan limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusun dapat menyelesaikan Modul Keperawatan Psikiatri ini tepat pada waktunya dengan baik dan lancar. Modul ini ditujukan kepada mahasiswa semester V Program Studi Sarjana Keperawatan STIKES RS Husada Jakarta, yang berisikan petunjuk/ pedoman dalam proses pembelajaran mahasiswa selama 14 minggu sehingga mahasiswa harus membaca setiap petunjuk maupun arahan yang ada pada modul ini.

Modul Keperawatan Psikiatri ini disusun sebagai upaya agar mahasiswa semester V dapat memahami konsep dasar keperawatan sebagai modal utama dalam mempelajari ilmu keperawatan. Modul ini disusun berdasarkan Kurikulum Perguruan Tinggi yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian mahasiswa dalam proses pembelajaran dengan menggunakan pendekatan *Student Centered Learning* (SCL) atau pembelajaran yang berpusat pada mahasiswa.

Modul ini memberikan petunjuk dan pemahaman bagi dosen atau tutor dan mahasiswa dalam melaksanakan proses pembelajaran sesuai dengan kompetensi yang akan dicapai.

Dalam penyusunan modul ini, banyak pihak yang telah membantu sejak awal hingga akhir penyusunan. Oleh karena itu, penyusun mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang terlibat dalam penyusunan modul ini.

Penyusun menyadari sepenuhnya bahwa masih terdapat kekurangan, untuk itu penyusun mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna penyempurnaan modul ini di masa yang akan datang.

Jakarta, Agustus 2023

Penyusun

DAFTAR ISI

	HALAMAN
Cover	i
Visi dan Misi STIKes RS Husada	iii
Nilai-Nilai STIKes RS Husada	iv
Editorial Board	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	vii
BAB I : PENDAHULUAN	1
A. Deskripsi Modul	1
B. Capaian Pembelajaran	1
C. Bahan Kajian	2
D. Metode Pembelajaran	2
E. Petunjuk Penggunaan Modul	2
F. Referensi	3
BAB II : ASUHAN KEPERAWATAN	5
A. UNIT 1 : Harga Diri Rendah Kronik	5
B. UNIT 2 : Isolasi Sosial	25
C. UNIT 3 : Halusinasi	52
D. UNIT 4 : Risiko Perilaku Kekerasan	80
E. UNIT 5 : Waham	108
F. UNIT 6 : Risiko Bunuh Diri	134
G. UNIT 7 : Defisit Perawatan Diri	160
BAB III : TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK (TAK)	187
A. Panduan TAK	187
B. TAK pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan : Stimulasi Persepsi	189
C. TAK pada Pasien Halusinasi : Stimulasi Persepsi	191
D. TAK pada Pasien Waham : Orientasi Realita	194
E. TAK pada Pasien Harga Diri Rendah Kronik : Stimulasi Persepsi	196

F. TAK pada Pasien Isolasi Sosial : Sosialisasi	197
BAB IV : PENUTUP	206
DAFTAR PUSTAKA	207
LAMPIRAN	
Lampiran 1 : Format Pengkajian Gangguan Jiwa	
Lampiran 2 : Format Laporan Pendahuluan (LP)	
Lampiran 3 : Format Strategi Pelaksanaan (SP) Tindakan Keperawatan	
Lampiran 4 : Format Rencana Keperawatan	
Lampiran 5 : Format CPPT	
Lampiran 6 : Format Jadwal Aktivitas Harian Pasien	
Lampiran 7 : Format Penulisan Refleksi	
Lampiran 8 : Format Penilaian TAK	
Lampiran 9 : Format Proposal TAK	

BAB I PENDAHULUAN

A. Deskripsi Modul

Modul Keperawatan Psikiatri ini adalah modul perkuliahan dan praktikum dalam area keperawatan khusus pasien yang mengalami gangguan jiwa dengan tujuh diagnosis yang harus dikuasai oleh mahasiswa Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Keperawatan

Modul yang dikembangkan ini merupakan modul untuk menunjang kompetensi dalam keperawatan jiwa. Metode pembelajaran yang diterapkan pada buku ini adalah model pembelajaran konstekstual yang berorientasi pada kasus-kasus keperawatan yang dialami pasien dengan gangguan jiwa yang diambil dari kasus riil yang terjadi dilapangan atau rumah sakit.

B. Capaian Pembelajaran Lulusan

1. Tuhan YME, menunjukkan sikap professional, prinsip etik, perspektif hukum dan budaya dalam keperawatan (CPL 1); (S)
2. Mampu menguasai keterampilan umum pada bidang keilmuannya (CPL 2); (S,P,KK)
3. Mampu memahami ilmu keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan berdasarkan pendekatan proses keperawatan (CPL 3); (S,P,KK)
4. Mampu memberikan asuhan keperawatan secara professional pada tatanan laboratorium dan lapangan (klinik dan komunitas) untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan keselamatan klien (CPL 4); (S,P,KK)
5. Mampu melaksanakan edukasi dengan keterampilan komunikasi dalam asuhan keperawatan dan informasi ilmiah (CPL 5); (P,KU,KK)
6. Mampu meningkatkan keahlian professional di bidang keperawatan melalui pembelajaran seumur hidup (CPL 9) – (S,P,KU,KK)
7. Mampu mengaplikasikan nilai-nilai budi pekerti luhur serta budaya organisasi SerQuaResNC dalam kehidupan sehari-hari (CPL 10)

C. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran keperawatan Psikiatri, bila diberi data/kasus mahasiswa mampu:

1. Mampu memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan (pengkajian, analisis data, penegakan diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi) pasien dengan gangguan kejiwaan yaitu harga diri rendah, isolasi sosial, waham, halusinasi, risiko perilaku kekerasan, perilaku kekerasan, risiko bunuh diri, dan deficit perawatan diri.
2. Mahasiswa mampu memahami dan mengaplikasikan Manajemen pelayanan keperawatan jiwa profesional klinik dan komunitas

D. Bahan

Kajian

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN GANGGUAN JIWA :

UNIT 1 : Harga Diri Rendah Kronik

UNIT 2 : Isolasi Sosial

UNIT 3 : Halusinasi

UNIT 4 : Risiko Perilaku Kekerasan

UNIT 5 : Waham

UNIT 6 : Risiko Bunuh Diri

UNIT 7 : Defisit Perawatan Diri

TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK

E. Metode Pembelajaran

Metode pembelajaran yang digunakan pada mata kuliah Keperawatan Psikiatri yaitu *lecture*, *Case Based Learning* (CBD) atau *Case Analyze Methode* (CAM), demonstrasi dan praktikum laboratorium. Melalui berbagai metode pembelajaran tersebut diharapkan mahasiswa mempunyai kerangka berpikir yang kritis dan siap tanggap terhadap respon pasien dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa sesuai dengan gangguan yang dialami. Selain itu, metode pembelajaran ini diharapkan dapat mengembangkan potensi mahasiswa (*softskill*) baik secara individu maupun kelompok.

F. Petunjuk Penggunaan Modul

Modul ini merupakan pendamping utama bagi mahasiswa dalam memahami mata kuliah Keperawatan Psikiatri. Petunjuk bagi mahasiswa dalam menggunakan modul ini adalah:

1. Pelajari dengan teliti isi modul ini.
2. Pahami setiap konsep asuhan keperawatan yang dibahas dalam modul ini.
3. Apabila ada konsep yang kurang dipahami segeralah bertanya dengan dosen atau fasilitator
4. Modul ini disertai dengan kasus-kasus keperawatan yang harus dibahas dalam menentukan perencanaan asuhan keperawatan. Ikuti tahapan-tahapan penyelesaian kasus-kasus yang disajikan dalam modul ini.
5. Apabila ada tahapan penyelesaian kasus keperawatan yang kurang dipahami segeralah bertanya kepada dosen atau fasilitator.
6. Kerjakanlah setiap lembar kerja yang disajikan dalam setiap unit belajar untuk mengetahui tingkat pemahaman anda
7. Apabila menemui kesulitan dalam pengerjaan penugasan coba diskusikanlah dengan teman anda atau tanyakan kepada dosen atau fasilitator.

F. Referensi

1. Keliat, b.a.(2006). *Proses keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta : egc
2. Keliat, b.a.(2004). *Keperawatan jiwa, terapi aktivitas kelompok*. Jakarta : egc
3. Keliat, b.a.(2006). *Proses keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta : egc
4. Keliat, b. A., akemat, s. (2010). *Model praktik keperawatan profesional jiwa*. Jakarta : egc
5. Keliat, b. A., akemat, s., daulima, n. H. C., & nurhaeni, h. (2011). *Keperawatan kesehatan jiwa komunitas: cmhn (basic course)*. Jakarta: egc.
6. Nanda. (2005). *Nursing diagnosis' definition & clasificatian*. *Nanda international*
7. Sheila I. Videbeck.(2011). *Psychiatric mental health nursing, fifth edition*. Philadelphia:wolters kluwer, lippincot william & wilkins
8. 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.
9. Townsend, mary c. (2009). *Psychiatric mental health nursing: concept of care in evidence based practise (6thed)*. F.a. davis company

10. Fitria, d., natashia, d., setyaningsih, t., & yeni, v. (2023). Relationship of duration of illness, frequency of hospitalization and severity of symptoms with the incidence of drug withdrawal in patients with mental disorders. *Husada mahakam: jurnal kesehatan*, 13(1), 68-78. <https://doi.org/10.35963/hmjk.v13i1.400>.
11. Fitria, d; susanti, h., wardani, i. Upaya menurunkan caregiver strain dan meningkatkan psychological well-being melalui psikoedukasi keluarga dan terapi suportif = the efforts to reduce caregiver strain and improve psychological well-being with family psycho education and supportive therapy. <https://lib.ui.ac.id/detail?id=20489681&lokasi=lokal>
12. Gail, w., mark, s. (2013). *Course overview - role of the advanced practice nurse & primary care issues of mental health/therapeutic use of self*. School of nursing, the university of texas health science center at san antonio
13. Maslim, r. (2013). *Buku saku diagnosis gangguan jiwa, rujukan ringkas ppdgj-iii dan dsm-5*. Jakarta : pt nuh jaya
14. Sadock, b.j. (2010). Kaplan&sadock buku ajar psikiatri klinis. Ed.2 bahasa indonesia. Jakarta : egc
15. Varcarolis, e. M. (2013). *Essentials of psychiatric mental health nursing: a communication approach to evidence based care.*(2nd ed.). New york: elsevier
16. Walker, s. (2015). *Psychosocial intervention in mental health nursing*. Los angeles : sage

BAB II

MATERI PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DIAGNOSIS KEPERAWATAN GANGGUAN JIWA

2.1 STRATEGI PELAKSANAAN PADA PASIEN DAN KELUARGA DENGAN HARGA DIRI RENDAH KRONIS.

2.1.1 Pengertian

Harga diri rendah adalah perasaan atau penilaian negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri yang berlangsung lama (SDKI, 2015). Harga diri rendah adalah evaluasi diri yang negatif dan dihubungkan dengan perasaan lemah, tidak berdaya, tidak ada harapan, takut bahaya, lemah, rapuh, tidak sempurna, tidak berharga dan tidak adekuat (Stuart, 2013). Jadi, harga diri rendah adalah perasaan tidak berdaya dan menilai kemampuan diri secara negatif yang berlangsung lama. Klien mempunyai pikiran negatif terhadap diri sendiri, pengecilan diri, rasa bersalah dan khawatir, menarik diri dari realitas, merusak diri dan lainnya. Gambaran yang dapat diamati pada klien juga menunjukkan adanya ilusi dan tujuan yang tidak realistis, rasa berlebihan diri, kebosanan dan pandangan polarisasi dari hidup (Stuart, 2013).

2.1.3. Penyebab

1. Kurang kasih sayang
2. Kurang rasa memiliki
3. Kurang penghargaan orang lain
4. Mengalami kegagalan
5. Diejek, dikucilkan orang lain
6. Kenyataan tidak sesuai dengan harapan

2.1.4. Tanda dan Gejala

Mayor	
Subjektif	Objektif
1. Menilai diri negatif/ mengkritik diri	1. Berjalan menunduk
2. Merasa tidak berarti/tidak berharga	2. Postur tubuh menunduk
3. Merasa malu/minder	3. Kontak mata kurang
4. Merasa tidak mampu melakukan	4. Lesu dan tidak bergairah

<p>apapun</p> <p>5. Meremehkan kemampuan yang dimiliki</p> <p>6. Merasa tidak memiliki kelebihan</p>	<p>5. Berbicara pelan dan lirih</p> <p>6. Ekspresi muka datar</p> <p>7. Pasif</p>
Minor	
Subjektif	Objektif
<p>7. Merasa sulit konsentrasi</p> <p>8. Mengatakan sulit tidur</p> <p>9. Mengungkapkan keputusasaan</p> <p>10. Enggan mencoba hal baru</p> <p>11. Menolak: penilaian positif tentang 4. diri sendiri</p> <p>12. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri</p>	<p>13. Bergantung pada pendapat orang lain</p> <p>14. Sulit membuat keputusan</p> <p>15. Seringkali mencari penegasan</p> <p>16. Menghindari orang lain</p> <p>17. Lebih senang menyendiri</p>

2.1.2 Tujuan

Setelah mendapatkan kasus harga diri rendah kronis, mahasiswa mampu:

- a. Melakukan pengkajian pada pasien harga diri rendah kronis
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan harga diri rendah kronis
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga dengan harga diri rendah kronis
- d. Melakukan tindakan keperawatan yang meliputi:
 - tindakan keperawatan individu
 - tindakan keperawatan pada kelompok (Terapi aktivitas kelompok)
 - tindakan keperawatan pada keluarga
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan

2.1.3 Penatalaksanaan

Alat dan Bahan:

- a. Leaflet harga diri rendah kronis
- b. Alat –alat TAK (kaset, tape, bola, alat tulis, gambar, dll)
- c. Format Pengkajian
- d. Format laporan pendahuluan
- e. Format strategi pelaksanaan tindakan keperawatan
- f. Format aktivitas harian pasien

Individu

- 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien
- 2) Membantu klien menilai kemampuan yang dapat digunakan
- 3) Membantu klien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih
- 4) Melatih kemampuan yang dipilih klien

Keluarga

- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya harga diri rendah dan mengambil keputusan merawat klien
- 3) Menjelaskan cara-cara merawat pasien harga diri rendah kronis:
 - a. Mendiskusikan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien sebelum dan sesudah sakit
 - b. Membimbing klien melakukan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien: memilih, melatih, memberi motivasi.
 - c. Memberikan pujian atas keberhasilan klien.
- 4) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*)
- 5) Menjelaskan *follow up* dan kontrol kondisi pasien setelah pulang

Kelompok

- 1) TAK stimulasi persepsi untuk harga diri rendah
 - Sesi 1: Identifikasi untuk harga diri rendah/hal positif pada diri
 - Sesi 2: Melatih kemampuan/hal positif pada diri
- 2) TAK sosialisasi
 - Sesi 1: Identifikasi kemampuan dan aspek positif
 - Sesi 2: Menilai kemampuan dan aspek positif pada diri klien yang dapat dilakukan
 - Sesi 3: Memilih aspek positif atau kemampuan yang akan dilatih
 - Sesi 4: Melatih kemampuan atau aspek positif pada diri
 - Sesi 5: Menilai manfaat Latihan terhadap harga diri

2.1.4 Persiapan

- 1) Analisa data kasus yang ada
- 2) Siapkan rencana asuhan keperawatan
- 3) Laporan Pendahuluan (LP) dan Strategi Pelaksanaan (SP) HDR
- 4) Format pendokumentasian
- 5) Lembar kegiatan harian pasien

2.1.5 Kasus

Seorang pasien wanita berusia 25 tahun dirawat di unit psikiatri untuk pertama kali. Pasien dirawat dengan alasan tidak mau keluar rumah selama 1 bulan, aktivitas harian untuk pemenuhan kebutuhan dasar seperti mandi, makan, berhias harus dipaksa oleh keluarga dan tidak jarang pasien tertawa sendiri dan komat kamit. Saat ini pasien telah dirawat selama 10 hari, pasien sudah tampak tenang, tampak mau keluar kamar dan berkumpul dengan temannya tanpa interaksi. Hasil pengkajian pasien mengatakan malu karena dirinya jelek tidak seperti wanita lainnya. Pasien mengatakan tidak bisa apa-apa dan tidak cantik sehingga calon suaminya meninggalkan dirinya pada saat pernikahan. Pasien mengatakan mau karena hanya membuat repot keluarganya. Hasil observasi saat ini pasien mau berkumpul dan duduk bersama pasien lain tetapi masih sangat sedikit interaksi, suara pelan, kontak mata sangat minimal, dan bicara seadanya. Pasien seminggu sekali dijenguk keluarganya. Keluarga mengatakan jika pasien sulit diajak bicara bila di rumah, pasien hanya diam saja, sulit diatur, sulit minum obat, dan tidak mau keluar rumah. Keluarga merasa bingung dengan kondisi pasien. Pasien mengalami hal ini sejak pasien gagal menikah



- ✓ Lakukan Analisa terhadap kasus diatas, Siapkan LP dan Rencana Asuhan Keperawatan untuk kasus diatas.
- ✓ Siapkan *Leaflet* Untuk Intervensi kepada keluarga
- ✓ Tuliskan SP dan pendokumentasian pada modul
- ✓ Lakukan demonstrasi terhadap kasus diatas dengan Teman (*peer*) dan dokumentasikan didalam format penilaian oleh *peer*

SP I Pasien Dengan Harga Diri Rendah Kronis

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

**Penilaian prosedur
SP I PASIEN DENGAN HDR KRONIS OLEH PEER**

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien			
11	Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang masih dapat digunakan			
12	Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien			
13	Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
15	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
C	Terminasi			
11	Evaluasi Respon Pasien			
12	Rencana Tindak Lanjut			
13	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa Penilai

PENDOKUMENTASIAN

CATATAN KEPERAWATAN

Nama pasien :

No. CM :

Ruangan :

Nama Perawat Pj :

Data Subjektif:

Data Objektif:

Diagnosa Keperawatan:

Tindakan:

RTL:

S:

O:

A:

P:

Ttd perawat:

SP II PASIEN HARGA DIRI RENDAH KRONIS

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian Prosedur SP II oleh *Peer*

No	Aspek yang dinilai	Nilai		keterangan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
11	Melatih kemampuan kedua			
12	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
13	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
C	Terminasi			
14	Evaluasi Respon Pasien			
15	Rencana Tindak Lanjut			
16	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa Penilai

()

Pendokumentasian SP II HDR Kronis

CATATAN KEPERAWATAN

Nama pasien :
 No. CM :
 Ruangan :
 Nama Perawat Pj :

Data Subjektif:

S:

Data Objektif:

O:

Diagnosa Keperawatan:

Tindakan:

A:

RTL:

P:

Ttd perawat:

Penilaian SP Pasien HDR Kronis oleh Dosen

No	Aspek yang dinilai	Nilai				keterangan
		1	2	3	4	
A	Prainteraksi					
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat					
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat					
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)					
B	Perkenalan/orientasi					
4	Salam Terapeutik					
5	Evaluasi /Validasi					
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)					
7	Tujuan tindakan / Komunikasi					
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)					
8	Tehnik komunikasi terapeutik					
9	Sikap komunikasi terapeutik					
10	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
11	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
C	Terminasi					
12	Evaluasi Respon Pasien					
13	Rencana Tindak Lanjut					
14	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)					
D	Pendokumentasian					
	Total nilai					

Nilai : Jumlah nilai
14

Dosen Penilai

(.....)

Nilai : 4 Sangat bagus
3 Bagus
2 kurang
1 sangat kurang

SP I Keluarga

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian Prosedur SP I Keluarga HDR oleh *peer*

No	Aspek yang dinilai	Nilai		keterangan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien			
11	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yang dialami pasien beserta proses terjadinya			
12	Menjelaskan cara-cara merawat pasien harga diri rendah: a. Mendiskusikan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien sebelum dan sesudah sakit b. Membimbing klien melakukan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien: memilih, melatih, memberi motivasi. c. Memberikan pujian atas keberhasilan klien.			
13	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
C	Terminasi			
14	Evaluasi Respon Pasien			
15	Rencana Tindak Lanjut			
16	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa Penilai

()

Pendokumentasian SP I Keluarga

CATATAN KEPERAWATAN

Nama pasien :
 No. CM :
 Ruangan :
 Nama Perawat Pj :

Data Subjektif:

S:

Data Objektif:

O:

Diagnosa Keperawatan:

A:

Tindakan:

P:

RTL:

Ttd perawat:

SP II Keluarga

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Keluarga oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		keterangan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah: a. Melibatkan seluruh anggota keluarga menciptakan suasana lingkungan yang nyaman: mengurangi kritik, memfasilitasi keberhasilan, dan memberi pujian. b. Menjelaskan tanda dan gejala harga diri rendah kronik yang memerlukan rujukan, serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.			
11	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
C	Terminasi			
12	Evaluasi Respon Pasien			
13	Rencana Tindak Lanjut			
14	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa Penilai

()

SP III Keluarga dengan pasien harga diri rendah kronis

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP III Keluarga dengan Harga Diri Rendah Kronis oleh *peer*

No	Aspek yang dinilai	Nilai		keterangan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Membantu keluarga membuat jadual aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>)			
11	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang			
12	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan keluarga			
C	Terminasi			
13	Evaluasi Respon Pasien			
14	Rencana Tindak Lanjut			
15	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa Penilai

()

SP Keluarga Penilaian oleh Dosen

No	Aspek yang dinilai	Nilai				keterangan
		1	2	3	4	
A	Prainteraksi					
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat					
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat					
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)					
B	Perkenalan/orientasi					
4	Salam Terapeutik					
5	Evaluasi /Validasi					
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)					
7	Tujuan tindakan / Komunikasi					
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)					
8	Tehnik komunikasi terapeutik					
9	Sikap komunikasi terapeutik					
10	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
11	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
C	Terminasi					
12	Evaluasi Respon Keluarga					
13	Rencana Tindak Lanjut					
14	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)					
D	Pendokumentasian					
	Total nilai					

Nilai : Jumlah nilai
14

Dosen Penilai

(.....)

Nilai : 4 Sangat bagus
3 Bagus
2 kurang
1 sangat kurang

2.2 STRATEGI PELAKSANAAN PADA PASIEN DAN KELUARGA DENGAN ISOLASI SOSIAL

2.2.1 Pengertian

Isolasi sosial merupakan kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan orang lain sebagai suatu keadaan yang negatif atau mengancam (Towsend, 2008). Sedangkan menurut Kim (2006) isolasi sosial merupakan kesendirian yang dialami individu dan dirasakan sebagai beban oleh orang lain dan sebagai keadaan yang negatif atau mengancam.

Keadaan ketika individu atau kelompok mengalami atau merasakan kebutuhan atau keinginan untuk meningkatkan keterlibatan dengan orang lain tetapi tidak mampu untuk membuat kontak (Carpenito-Moyet, 2007). Kondisi sendirian, yang dialami individu dan dipersepsikan disebabkan orang lain dan sebagai kondisi yang negatif dan mengancam (Townsend, 2010). Dari beberapa sumber diatas, dapat disimpulkan bahwa isolasi sosial adalah suatu kondisi kesendirian yang mengancam integritas individu karena ketidakmampuan individu untuk menciptakan suatu hubungan dengan orang lain.

2.2.1. Penyebab

1. Sulit berhubungan/ berinteraksi dengan orang lain
2. Tidak mampu berhubungan/ berinteraksi yang memuaskan
3. Perasaan malu
4. Perasaan tidak berharga
5. Pengalaman ditolak, di kucilkan, dan dihina.

2.2.2. Tanda Dan Gejala

Mayor	
Subjektif	Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ingin sendiri 2. Merasa tidak nyaman di tempat lain 3. Merasa berbeda dengan orang lain 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menarik 2. Menolak melakukan interaksi 3. Afek datar 4. Afek sedih 5. Afek tumpul 6. Tidak ada kontak mata 7. Tidak bergairah atau lesu

Minor	
Subjektif	Objektif
1. Menolak berinteraksi dengan orang lain 2. Merasa sendirian 3. Merasa tidak diterima 4. Tidak mempunyai sahabat	1. Menunjukkan permusuhan 2. Tindakan berulang 3. Tindakan tidak berarti

2.2.2. Tujuan

Setelah mendapatkan kasus isolasi sosial, mahasiswa mampu:

- a. melakukan pengkajian pada pasien isolasi sosial
- b. merumuskan diagnosis keperawatan isolasi sosial
- c. menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga isolasi sosial
- d. melakukan tindakan keperawatan yang meliputi:
 - tindakan keperawatan individu
 - tindakan keperawatan pada kelompok (Terapi aktivitas kelompok)
 - tindakan keperawatan pada keluarga
- e. melakukan evaluasi tindakan keperawatan

2.2.3 Penatalaksanaan

Individu

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Membantu klien mengenal penyebab isolasi sosial dengan cara:
 - a) Tanyakan pendapat klien tentang kebiasaan berinteraksi dengan orang lain
 - b) Tanyakan penyebab klien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain
- 3) Bantu klien untuk mengenal manfaat berhubungan dengan orang lain dengan cara mendiskusikan manfaat jika klien memiliki banyak teman
- 4) Bantu klien mengenal kerugian tidak berhubungan dengan cara sebagai berikut:
 - a) Diskusikan kerugian jika klien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain
 - b) Jelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik klien
- 5) Membantu klien untuk berinteraksi dengan orang lain secara bertahap

Keluarga

- a. Tujuan:

Keluarga mampu merawat klien dengan isolasi sosial

b. Tindakan:

Keluarga merupakan sistem pendukung utama bagi klien untuk dapat membantu klien mengatasi masalah isolasi sosial ini karena keluarganya yang selalu bersama-sama dengan klien sepanjang hari. Tindakan keperawatan agar keluarga dapat merawat klien dengan isolasi sosial di rumah meliputi hal-hal berikut ini:

- 1) Berdiskusi dengan keluarga tentang masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- 2) Jelaskan tentang:
 - a) Masalah isolasi sosial dan dampaknya pada klien
 - b) Penyebab isolasi sosial
 - c) Cara merawat klien dengan isolasi sosial, yaitu:
 - (1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dengan cara bersikap peduli dan tidak ingkar janji
 - (2) Berikan semangat dan dorongan kepada klien untuk dapat melakukan kegiatan bersama-sama dengan orang lain, yaitu dengan tidak mencela kondisi klien dan memberikan pujian yang wajar
 - (3) Tidak membiarkan klien sendiri di rumah
 - (4) Buat rencana atau jadwal bercakap-cakap dengan klien
 - d) Peragakan cara merawat klien dengan isolasi sosial
 - e) Bantu keluarga mempraktikkan cara merawat yang telah dipelajari, mendiskusikan masalah yang dihadapi
 - f) Susun perencanaan pulang bersama keluarga

2.2.4 Persiapan

- 1) Analisa data kasus yang ada
- 2) Siapkan rencana asuhan keperawatan
- 3) Laporan Pendahuluan (LP) dan Strategi Pelaksanaan (SP) Isolasi Sosial
- 4) Format pendokumentasian
- 5) Lembar kegiatan harian pasien

2.2.5 Kasus

Seorang pasien laki-laki berusia 35 tahun, pasien dirawat di unit kesehatan jiwa. Pasien dibawa ke rumah sakit karena sejak 2 bulan lalu pasien tidak mau keluar dari kamarnya, pasien sering melamun, dan menangis tiba-tiba. Saat ini pasien sudah dirawat selama 3 hari, hasil pengkajian didapatkan data pasien hanya menjawab pertanyaan singkat ya dan tidak dengan suara yang sangat pelan, pasien tidak mampu memulai pembicaraan, pasien lebih sering berada didalam kamar dan tidur, tidak ada kontak mata. Pasien keluar kamar hanya saat pasien makan dan minum obat. Keluarga pasien datang menjenguk pasien 2 minggu sekali, data yang didapat berdasarkan pengkajian keluarga pasien mulai malas keluar rumah sejak 1 tahun yang lalu, pasien merasa pusing karena di PHK, sejak diberhentikan pasien tidak punya pekerjaan, sedangkan pasien memiliki seorang anak dan istri. Istri pasien menceraikan pasien 5 bulan yang lalu dan membawa pergi anak pasien. Sejak saat itu pasien tidak mau keluar rumah dan lama-kelamaan tidak mau keluar kamar. Ibu pasien mengatakan sudah mendatangkan orang pintar kerumah tetapi tidak sembuh, akhirnya ibu pasien membawa pasien ke rumah sakit dan ibu pasien baru mengetahui jika anaknya mengalami gangguan jiwa.



- ✓ Lakukan Analisa terhadap kasus diatas, Siapkan LP dan Rencana Asuhan Keperawatan untuk kasus diatas.
- ✓ Siapkan *Leaflet* Untuk Intervensi kepada keluarga
- ✓ Tuliskan SP dan pendokumentasian pada modul
- ✓ Lakukan demonstrasi terhadap kasus diatas dengan Teman (*peer*) dan dokumentasikan didalam format penilaian oleh *peer*

SP I Pasien dengan Isolasi Sosial

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP I Pasien dengan Isolasi Sosial oleh peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengidentifikasi penyebab tidak mau berhubungan dengan orang lain.			
11	Mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang untungya punya teman.			
12	Mengidentifikasi pengetahuan pasien ruginya jika tidak punya teman			
13	Melatih pasien cara berkenalan yang benar			
14	Memberikan kesempatan pada pasien untuk berkenalan dengan 1 orang			
15	Melatih bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari			
16	Melatih kegiatan sosial: berbelanja, kerumah ibadah, arisan, bank, dsb			
17	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
18	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
C	Terminasi			
19	Evaluasi Respon Pasien			
20	Rencana Tindak Lanjut			
21	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan**Mahasiswa**

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
<p>Nama pasien :</p> <p>No. CM :</p> <p>Ruangan :</p> <p>Nama Perawat Pj :</p>	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p> 	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd Perawat:</p>

SP II Pasien dengan Isolasi Sosial

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Pasien dengan Isolasi Sosial oleh *peer*

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
11	Memberi kesempatan pada pasien untuk berkenalan dengan dua orang atau lebih			
12	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
13	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
C	Terminasi			
14	Evaluasi Respon Pasien			
15	Rencana Tindak Lanjut			
16	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien :	
No. CM :	
Ruangan :	
Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif:	S:
Data Objektif:	O:
Diagnosa Keperawatan:	A:
Tindakan:	P:
RTL:	Ttd perawat:

SP III Pasien dengan Isolasi Sosial

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP III Pasien dengan Isolasi Sosial Oleh *peer*

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
11	Evaluasi kemampuan berkenalan pasien			
12	Berikan kesempatan pada pasien untuk bercakap -cakap dan melakukan kegiatan dengan kelompok kegiatan sehari-hari			
13	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
14	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
C	Terminasi			
15	Evaluasi Respon Pasien			
16	Rencana Tindak Lanjut			
17	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p> <p>Ttd perawat:</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd perawat:</p>

SP IV Pasien dengan Isolasi Sosial

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP IV Pasien dengan Isolasi Sosial Oleh *peer*

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
11	Evaluasi kemampuan berkenalan pasien			
12	Berikan kesempatan pada pasien untuk berkegiatan sosial: berbelanja, kerumah ibadah, arisan.			
13	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
14	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
C	Terminasi			
15	Evaluasi Respon Pasien			
16	Rencana Tindak Lanjut			
17	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:**Mahasiswa**

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien :	
No. CM :	
Ruangan :	
Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif:	S:
Data Objektif:	O:
Diagnosa Keperawatan:	A:
Tindakan:	P:
RTL:	Ttd perawat:

Penilaian SP Pasien dengan Isolasi Sosial oleh Dosen

No	Aspek yang dinilai	Nilai				keterangan
		1	2	3	4	
A	Prainteraksi					
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat					
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat					
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)					
B	Perkenalan/orientasi					
4	Salam Terapeutik					
5	Evaluasi /Validasi					
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)					
7	Tujuan tindakan / Komunikasi					
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)					
8	Tehnik komunikasi terapeutik					
9	Sikap komunikasi terapeutik					
10	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
11	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
C	Terminasi					
12	Evaluasi Respon Pasien					
13	Rencana Tindak Lanjut					
14	Kontrak yang akan 4lating (Topik, Tempat, Waktu)					
D	Pendokumentasian					
	Total nilai					

Nilai : Jumlah nilai

14

Dosen Penilai

(.....)

Nilai : 4 Sangat bagus

3 Bagus

2 kurang

1 sangat kurang

SP I Keluarga dengan Pasien Isolasi Sosial

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP I Keluarga dengan Pasien Isolasi Sosial

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien			
11	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial yang dialami pasien beserta proses terjadinya			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan keluarga			
C	Terminasi			
11	Evaluasi Respon Keluarga			
12	Rencana Tindak Lanjut			
13	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p> 	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd perawat:</p>

SP II Keluarga dengan Pasien Isolasi Sosial

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Keluarga dengan Pasien Isolasi Sosial

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Menjelaskan cara-cara merawat pasien Isolasi sosial : a. Membuat jadwal bercakap-cakap dengan klien b. Membantu klien berkenalan dengan orang baru c. Melibatkan klien melakukan kegiatan social: berbelanja, menghadiri kegiatan ibadah, terlibat kegiatan kelompok seperti arisan, kerja bakti, dan lain-lain d. Memberikan dukungan, kesempatan terlibat dan pujian pada klien e. Melibatkan seluruh anggota bercakap-cakap anggota keluarga			
11	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan keluarga			
C	Terminasi			
12	Evaluasi Respon Pasien			
13	Rencana Tindak Lanjut			
14	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif: Data Objektif: Diagnosa Keperawatan: Tindakan: RTL:	S: O: A: P: Ttd perawat:

SP I Keluarga dengan Pasien Isolasi Sosial

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP III Keluarga oleh *peer*

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Membantu keluarga membuat jadual aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge plaming</i>)			
11	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang			
12	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan keluarga			
C	Terminasi			
13	Evaluasi Respon Pasien			
14	Rencana Tindak Lanjut			
15	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif: Data Objektif: Diagnosa Keperawatan: Tindakan: RTL:	S: O: A: P: Ttd perawat:

Penilaian SP Keluarga dengan Pasien Isolasi Sosial oleh Dosen

No	Aspek yang dinilai	Nilai				keterangan
		1	2	3	4	
A	Prainteraksi					
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat					
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat					
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)					
B	Perkenalan/orientasi					
4	Salam Terapeutik					
5	Evaluasi /Validasi					
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)					
7	Tujuan tindakan / Komunikasi					
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)					
8	Tehnik komunikasi terapeutik					
9	Sikap komunikasi terapeutik					
10	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
11	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
C	Terminasi					
12	Evaluasi Respon Keluarga					
13	Rencana Tindak Lanjut					
14	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)					
D	Pendokumentasian					
	Total nilai					

Nilai : **Jumlah nilai**

1 4

Dosen Penilai

(.....)

Nilai : 4 Sangat bagus

3 Bagus

2 kurang

1 sangat kurang

2.3 STRATEGI PELAKSANAAN PADA PASIEN DAN KELUARGA DENGAN HALUSINASI

2.3.1 Pengertian

Halusinasi merupakan suatu kondisi individu menganggap jumlah serta pola stimulus yang datang (baik dari dalam maupun dari luar) tidak sesuai dengan kenyataan, disertai distorsi dan gangguan respons terhadap stimulus tersebut baik respons yang berlebihan maupun yang kurang memadai (Townsend, 2010). Halusinasi adalah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Keliat, Akemat, 2010).

PENYEBAB

1. Kurang tidur
2. Isolasi sosial
3. Mengurung diri
4. Kurang kegiatan sosial

TANDA DAN GEJALA

Mayor	
Subjektif	Objektif
Mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya	Bicara sendiri Tertawa sendir
Melihat benda, orang, atau sinar tanpa ada objeknya	Melihat kesatu arah Mengarahkan telinga kearah tertentu
Menghidu baubauan yang tidak sedap seperti bau badan padahal tidak	Tidak dapat memfokuskan pikiran Diam sambil menikmati halusinasinya
Merasakan pengecapan yang tidak enak	
Merasakan rabaan atau Gerakan badan	
Minor	
Subjektif	Objektif
Sulit tidur	Konsentrasi buruk
Khawtir	Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
Takut	Afek datar Curiga

	Menyendiri Melamun Mondarmandir Kurang mampu merawat diri
--	--

2.3.2 Tujuan

Setelah mendapatkan kasus halusinasi, mahasiswa mampu:

- a. melakukan pengkajian pada pasien halusinasi
- b. merumuskan diagnosa keperawatan halusinasi
- c. menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga halusinasi
- d. melakukan tindakan keperawatan yang meliputi:
 - tindakan keperawatan individu
 - tindakan keperawatan pada kelompok (Terapi aktivitas kelompok)
 - tindakan keperawatan pada keluarga
- e. melakukan evaluasi tindakan keperawatan

2.3.3 Penatalaksanaan

1) Bantu klien mengenali halusinasi

Untuk membantu klien mengenali halusinasi, klien dapat berdiskusi dengan klien tentang isi halusinasi (apa yang di dengar, dilihat atau dirasa), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasinya muncul dan respons klien saat halusinasi muncul.

2) Melatih klien mengontrol halusinasi

Untuk membantu klien agar mampu mengontrol halusinasi, perawat dapat melatih klien empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi. Keempat cara mengontrol halusinasi adalah sebagai berikut:

a) Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah cara mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Klien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya. Jika ini dapat dilakukan, klien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada, tetapi dengan kemampuan ini, klien tidak akan berlarut untuk menuruti halusinasinya. Berikut ini tahapan intervensi yang dilakukan perawat dalam mengajarkan klien:

- (1) Menjelaskan cara menghardik halusinasi
- (2) Memperagakan cara menghardik
- (3) Meminta klien memperagakan ulang
- (4) Memantau penerapan cara dan menguatkan perilaku klien

b) Bercakap-cakap dengan orang lain

Bercakap-cakap dengan orang lain dapat membantu mengontrol halusinasi. Ketika klien bercakap-cakap dengan orang lain, terjadi distraksi, fokus perhatian klien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain.

c) Melakukan aktivitas yang terjadwal

Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri melakukan aktivitas yang teratur. Dengan aktivitas secara terjadwal, klien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi. Oleh karena itu, halusinasi dapat dikontrol dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam. Tahapan intervensi perawat dalam memberikan aktivitas yang terjadwal, yaitu:

- (1) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
- (2) Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien
- (3) Melatih pasien melakukan aktivitas
- (4) Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan pasien mempunyai aktivitas mulai dari bangun tidur pagi sampai tidur malam
- (5) Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan, memberikan penguatan terhadap perilaku perilaku pasien yang positif

d) Minum obat secara teratur

Minum obat secara teratur dapat mengontrol halusinasi. Pasien juga harus dilatih untuk minum obat secara teratur sesuai dengan program terapi dokter. Pasien gangguan jiwa yang dirawat di rumah sering mengalami putus obat sehingga klien mengalami kekambuhan. Jika kekambuhan terjadi, untuk mencapai kondisi seperti semula akan membutuhkan waktu. Oleh karena itu, klien harus dilatih minum obat sesuai program dan berkelanjutan. Berikut ini intervensi yang dapat dilakukan perawat agar klien patuh minum obat:

- (1) Jelaskan kegunaan obat
- (2) Jelaskan akibat jika putus obat

- (3) Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat
- (4) Jelaskan cara minum obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, dan benar dosis).

Keluarga

a. Intervensi keperawatan

Keluarga merupakan faktor penting yang menentukan keberhasilan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi. Dukungan keluarga selama klien dirawat di rumah sangat dibutuhkan sehingga klien termotivasi untuk sembuh. Demikian juga saat klien tidak lagi dirawat di rumah sakit. Keluarga yang mendukung klien secara konsisten akan membuat klien mampu mempertahankan program pengobatan secara optimal. Namun, jika keluarga tidak mampu merawat klien, mereka akan kambuh bahkan untuk memulihkannya lagi akan sangat sulit. Oleh karena itu, perawat harus memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga mampu menjadi pendukung yang efektif bagi klien dengan halusinasi, baik saat di rumah sakit maupun di rumah. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk keluarga klien halusinasi adalah sebagai berikut:

- 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien
- 2) Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, dan cara merawat klien halusinasi
- 3) Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien dengan halusinasi langsung dihadapan klien
- 4) Buat perencanaan pulang dengan keluarga

2.3.4 Persiapan

- 1) Analisa data kasus yang ada
- 2) Siapkan rencana asuhan keperawatan
- 3) Laporan Pendahuluan (LP) dan Strategi Pelaksanaan (SP) Isolasi Sosial
- 4) Format pendokumentasian
- 5) Lembar kegiatan harian pasien

2.3.5 Kasus

Seorang pasien wanita berusia 40 tahun dirawat di unit psikiatri. Pasien dibawa kerumah sakit dengan alasan pasien sering tertawa dan berteriak-teriak, gelisah, mondar-mandir dan tidak mau minum obat. Pasien masuk rumah sakit untuk yang ketiga kalinya, dengan alasan yang sama dengan sebelumnya yaitu malas minum obat. Pasien mengatakan selalu melihat anaknya yang sedang bermain, dan mengajak ngobrol pasien tidak jarang pasien seperti menggedong bayi. Suami pasien selalu datang setiap hari membawakan makanan yang disukai oleh istrinya setiap pulang kerja. Hasil wawancara dengan suami pasien, pasien mengalami gangguan jiwa sejak 4 tahun yang lalu, pasien dan anaknya mengalami kecelakaan tetapi sayangnya anaknya meninggal dalam kecelakaan tersebut. Pasien hanya memiliki satu orang anak, sejak saat itu pasien selalu menyalahkan dirinya, dan mulai tidak mau keluar dari rumah. Sejak 3 tahun yang lalu pasien mulai tampak bicara sendiri dirumah. Suami pasien sudah mengikhlaskan anaknya meninggal dunia, dan tidak menyalahkan istrinya.



- ✓ Lakukan Analisa terhadap kasus diatas, Siapkan LP dan Rencana Asuhan Keperawatan untuk kasus diatas.
- ✓ Siapkan *Leaflet* Untuk Intervensi kepada keluarga
- ✓ Tuliskan SP dan pendokumentasian pada modul
- ✓ Lakukan demonstrasi terhadap kasus diatas dengan Teman (*peer*) dan dokumentasikan didalam format penilaian oleh *peer*

SP I Pasien dengan Halusinasi

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP I Pasien dengan Halusinasi oleh *peer*

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang Halusinasi			
11	Mengidentifikasi jenis Halusinasi.			
12	Mengidentifikasi isi Halusinasi			
13	Mengidentifikasi waktu terjadinya Halusinasi			
14	Mengidentifikasi frekwensi Halusinasi			
15	Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan Halusinasi			
16	Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi			
17	Mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi a. jika halusinasi pasien mengganggu/menyeramkan; b. bersikap cuek jika halusinasi masih menyenangkan.			
18	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
19	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
C	Terminasi			
20	Evaluasi Respon Pasien			
21	Rencana Tindak Lanjut			
22	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd perawat:</p>

SP II Pasien dengan Halusinasi

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Pasien dengan Halusinasi oleh *peer*

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi kemampuan pasien menghardik halusinasi			
11	Mengajarkan pasien cara minum obat yang benar			
12	Mengajarkan pasien cara meminta obat yang benar			
13	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
C	Terminasi			
15	Evaluasi Respon Pasien			
16	Rencana Tindak Lanjut			
17	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien :	
No. CM :	
Ruangan :	
Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif:	S:
Data Objektif:	O:
Diagnosa Keperawatan:	A:
Tindakan:	P:
RTL:	Ttd perawat:

SP III Pasien dengan Halusinasi

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Pasien dengan Halusinasi oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
11	Evaluasi kemampuan menghardik dan cara minum obat			
12	Mengajarkan cara bercakap-cakap dengan orang lain			
13	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
C	Terminasi			
15	Evaluasi Respon Pasien			
16	Rencana Tindak Lanjut			
17	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p> <p>Ttd perawat:</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd perawat:</p>

SP IV Pasien dengan Halusinasi

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP IV Pasien dengan Halusinasi oleh *peer*

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
11	Mengevaluasi kemampuan menghardik, cara minum obat yang benar dan cara bercakap-cakap dengan orang lain.			
12	Memotivasi pasien melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal kegiatan harian			
13	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
C	Terminasi			
15	Evaluasi Respon Pasien			
16	Rencana Tindak Lanjut			
17	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p> 	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd perawat:</p>

Penilaian SP Pasien dengan Halusinasi oleh Dosen

No	Aspek yang dinilai	Nilai				keterangan
		1	2	3	4	
A	Prainteraksi					
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat					
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat					
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)					
B	Perkenalan/orientasi					
4	Salam Terapeutik					
5	Evaluasi /Validasi					
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)					
7	Tujuan tindakan / Komunikasi					
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)					
8	Tehnik komunikasi terapeutik					
9	Sikap komunikasi terapeutik					
10	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
11	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
C	Terminasi					
12	Evaluasi Respon Pasien					
13	Rencana Tindak Lanjut					
14	Kontrak yang akan 69ating (Topik, Tempat, Waktu)					
D	Pendokumentasian					
	Total nilai					

Nilai : Jumlah nilai

4

Dosen Penilai

(.....)

- Nilai : 4 Sangat bagus
- 3 Bagus
- 2 kurang
- 1 sangat kurang

SP I Keluarga dengan Pasien Halusinasi

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP I Keluarga dengan Pasien Halusinasi

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien			
11	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala Halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya			
13	Menjelaskan cara-cara merawat pasien dengan Halusinasi			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan Keluarga			
C	Terminasi			
15	Evaluasi Respon Keluarga			
16	Rencana Tindak Lanjut			
17	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruang : Nama Perawat Pj :	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p> 	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd Perawat:</p>

SP II Keluarga dengan Pasien Halusinasi

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Keluarga dengan Pasien Halusinasi

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan Halusinasi : a. Tidak mendukung dan tidak membantah halusinasi pasien b. Latih klien melawan halusinasi dengan cara menghardik c. Latih pasien untuk mengalihkan halusinasi dengan bersikap cuek d. Latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara teratur e. Minum obat dengan prinsip benar			
11	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien Halusinasi			
12	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
C	Terminasi			
13	Evaluasi Respon Pasien			
14	Rencana Tindak Lanjut			
15	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p> 	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd Perawat:</p>

SP III Keluarga dengan Pasien dengan Halusinasi

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP III Keluarga Pasien dengan Halusinasi

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>)			
11	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang			
12	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
C	Terminasi			
13	Evaluasi Respon Pasien			
14	Rencana Tindak Lanjut			
15	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd perawat:</p>

Penilaian SP Keluarga dengan Pasien dengan Halusinasi

No	Aspek yang dinilai	Nilai				keterangan
		1	2	3	4	
A	Prainteraksi					
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat					
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat					
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)					
B	Perkenalan/orientasi					
4	Salam Terapeutik					
5	Evaluasi /Validasi					
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)					
7	Tujuan tindakan / Komunikasi					
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)					
8	Tehnik komunikasi terapeutik					
9	Sikap komunikasi terapeutik					
10	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
11	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
C	Terminasi					
12	Evaluasi Respon Keluarga					
13	Rencana Tindak Lanjut					
14	Kontrak yang akan 79ating (Topik, Tempat, Waktu)					
D	Pendokumentasian					
	Total nilai					

Nilai : Jumlah nilai

14

Dosen Penilai

(.....)

- Nilai : 4 Sangat bagus
 3 Bagus
 2 kurang
 1 sangat kurang

2.4 STRATEGI PELAKSANAAN PADA PASIEN DAN KELUARGA DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

2.4.1 Pengertian

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 & Laraia, 2013). 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). Klien memiliki kecenderungan menggunakan kekuatan fisik menyerang untuk menyakiti orang lain atau merusak lingkungan. Respon tersebut membahayakan diri sendiri atau orang lain baik secara fisik dan emosional (Nanda, 2009). Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor dimana individu berisiko melakukan tindakan atau perilaku yang bertujuan untuk melukai orang lain, baik secara fisik maupun psikologis. Dan dapat diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Keliat et al, 2011). Resiko Perilaku Kekerasan merupakan respon yang bersifat merusak dikarenakan luapan emosi yang tak tertahankan, yang dapat mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

PENYEBAB/FAKTOR RISIKO

1. Pemikiran waham/ delusi
2. Curiga pad orang lain
3. Halusinasi
4. Berencana bunuh diri
5. Disfungsi sistem keluarga
6. Kerusakan kognitif
7. Disorientasi atau konfusi
8. Kerusakan kontrol impuls
9. Persepsi pada lingkungan tidak akurat
10. Alam perasaan depresi
11. Riwayat kekerasan pada hewan
12. Kelainan neurologis
13. Lingkungan tidak teratur

- 14. Penganiayaan atau pengabaian anak
- 15. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain
- 16. Impulsif
- 17. Ilusi

TANDA DAN GEJALA PERILAKU KEKERASAN

MAYOR	
Subjektif	Objektif
<ul style="list-style-type: none"> 1. Mengatakan benci/kesal dengan orang lain. 2. Mengatakan ingin memukul orang lain. 3. Mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan. 4. Mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Melotot 2. Pandangan tajam 3. Tangan mengepal, rahang mengatup 4. Gelisah dan mondar-mandi 5. Tekanan darah meningkat 6. Nadi meningkat 7. Pernapasan meningkat 8. Mudah tersinggung 9. Nada suara tinggi dan bicara kasar 10. Mendominasi pembicaramn 11. Sarkasme 12. Merusak lingkungan 13. Memukul orang lain
Minor	
Subjektif	Objektif
<ul style="list-style-type: none"> 1. Mengatakan tidak senang 2. Menyalahkan orang lain 3. Mengatakan diri berkuasa 4. Merasa gagal mencapai tujuan 5. Mengungkapkan keinginan yang tidak realistis dan minta dipenuhi 6. Suka mengejek dan mengritik 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Disorientasi 2. Wajah merah 3. Postur tubuh kaku 4. Sinis 5. Bermusuhan 6. Menarik diri

2.4.2 Tujuan

Setelah mendapatkan kasus perilaku kekerasan, mahasiswa mampu:

- a. melakukan pengkajian pada pasien risiko perilaku kekerasan
- b. merumuskan diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan
- c. menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga risiko perilaku kekerasan
- d. melakukan tindakan keperawatan yang meliputi:
 - tindakan keperawatan individu
 - tindakan keperawatan pada kelompok (Terapi aktivitas kelompok)
 - tindakan keperawatan pada keluarga
- e. melakukan evaluasi tindakan keperawatan

2.4.3 Penatalaksanaan

Individu

- 1) Menjelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat perilaku kekerasan serta melatih latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal
- 2) Menjelaskan dan melatih klien minum obat dengan prinsip 6 benar, manfaat/keuntungan minum obat dan kerugian tidak minum obat.
- 3) Melatih cara verbal : mengungkapkan perasaan dengan baik, meminta dan menolak dengan baik.
- 4) Melatih cara spiritual: melakukan kegiatan keagamaan sesuai dengan agama dan kepercayaannya

Keluarga mampu :

- 1) Mengetahui masalah resiko perilaku kekerasan
- 2) Mengambil keputusan untuk merawat klien resiko perilaku kekerasan
- 3) Merawat klien resiko perilaku kekerasan:
 - a. Menghindari penyebab terjadinya risiko perilaku kekerasan
 - b. Membimbing klien melakukan Latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan sesuai dengan yang telah diajarkan perawat kepada pasien.
 - c. Memberikan pujian kepada pasien
- 4) Menciptakan lingkungan yang terapeutik untuk klien resiko perilaku kekerasan
- 5) Memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk follow up kesehatan klien resiko perilaku kekerasan dan mencegah kekambuhan.

Tindakan

- 1) Menjelaskan masalah resiko perilaku kekerasan
 - a. Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat klien resiko perilaku kekerasan
 - b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya resiko perilaku kekerasan.
- 2) Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien resiko perilaku kekerasan
 - a. Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien resiko perilaku kekerasan
 - b. Mengajukan keluarga memutuskan untuk merawat klien resiko perilaku kekerasan
- 3) Menjelaskan dan melatih keluarga cara merawat klien resiko perilaku kekerasan
 - a. Menjelaskan cara merawat klien resiko perilaku kekerasan
 - b. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal.
 - c. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk minum obat dengan prinsip 6 benar.
 - d. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien dengan cara verbal/bicara baikbaik.
 - e. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien dengan cara spiritual
- 4) Menjelaskan dan melatih keluarga menciptakan lingkungan yang terapeutik bagi klien resiko perilaku kekerasan
 - a. Mendiskusikan anggota keluarga yang terlibat dalam perawatan klien
 - b. Menjelaskan setting lingkungan rumah yang mendukung perawatan klien
 - c. Mengajukan keluarga melibatkan anggota keluarga lainnya dalam merawat klien
- 5) Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk follow up, cara rujukan kesehatan klien dan mencegah kekambuhan
 - a. Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia
 - b. Menjelaskan kemungkinan klien relaps dan pencegahan relaps
 - c. Mengidentifikasi tanda-tanda relaps dan kemungkinan kambuh
 - d. Menjelaskan dan mengajukan *follow up* dan merujuk klien ke pelayanan kesehatan.

Kelompok

- a. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi persepsi
 - Sesi 1 : Menenal perilaku kekerasan
 - Sesi 2 : Mencegah PK dengan kegiatan fisik
 - Sesi 3 : Mencegah PK dengan patuh minum obat
 - Sesi 4 : Mencegah PK dengan kegiatan asertif
 - Sesi 5 : Mencegah PK dengan kegiatan ibadah
- b. Pendidikan kesehatan pada kelompok keluarga klien Resiko Perilaku Kekerasan

2.4.4 Persiapan

- 1) Analisa data kasus yang ada
- 2) Siapkan rencana asuhan keperawatan
- 3) Laporan Pendahuluan (LP) dan Strategi Pelaksanaan (SP) Isolasi Sosial
- 4) Format pendokumentasian
- 5) Lembar kegiatan harian pasien

2.4.5 Kasus

Seorang pasien Laki-laki berusia 40 tahun dirawat di unit psikiatri. Pasien dibawa kerumah sakit karena pasien mengamuk dirumah, pasien merusak alat rumah tangga, membanting televisi, dan memukul istrinya. Pasien sudah 6 hari Pasien mengatakan masih kesal dengan perilaku istrinya yang meminta banyak barang keperluan rumah tangga, dan membanding-bandingkan dengan suami tetangganya. Pasien kesal karena istrinya mengatakan jika pasien tidak berguna, tidak bisa mencari uang yang banyak. Pasien merasa terhina dengan kata-kata istrinya. Kejadian ini sudah berlangsung selama 1 tahun, sejak pasien mengalami bangkrut usahanya. Ibu pasien sebagai keluarga pasien menjenguk setiap 2 minggu sekali. Ibu pasien mengatakan kasian melihat kondisi pasien saat ini. Ibu pasien meminta pasien untuk menceraikan istrinya namun pasien tidak mau karena pasien memiliki 2 orang putri yang masih kecil. Ibu pasien sering mendengar curhat pasien, pasien merasa tidak dihargai oleh istrinya, dan merasa dihina terus menerus. Ibu pasien kaget mendengar kejadian yang dialami oleh pasien, dan tidak percaya jika anaknya mengalami gangguan jiwa.



- ✓ Lakukan Analisa terhadap kasus diatas, Siapkan LP dan Rencana Asuhan Keperawatan untuk kasus diatas.
- ✓ Siapkan *Leaflet* Untuk Intervensi kepada keluarga
- ✓ Tuliskan SP dan pendokumentasian pada modul
- ✓ Lakukan demonstrasi terhadap kasus diatas dengan Teman (*peer*) dan dokumentasikan didalam format

SP I Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP I Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang penyebab PK/Marah			
11	Mengidentifikasi tanda dan gejala PK /Marah			
12	Mengidentifikasi PK/Marah yang dilakukan			
13	Mengidentifikasi akibat marah yang dilakukan			
14	Menyebutkan cara-cara mengontrol marah yang benar			
15	Mengajarkan pasien cara mengontrol marah dengan fisik 1 relaksasi nafas dalam dan fisik 2 pukul bantal			
16	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
17	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
C	Terminasi			
18	Evaluasi Respon Pasien			
19	Rencana Tindak Lanjut			
20	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien :	
No. CM :	
Ruangan :	
Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif:	S:
Data Objektif:	O:
Diagnosa Keperawatan:	A:
Tindakan:	P:
RTL:	Ttd perawat:

SP II Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi kemampuan pasien latihan fisik 1/melakukan relaksasi nafas dalam			
11	Mengajarkan pasien cara minum obat yang benar untuk mengendalikan marah.			
12	Mengajarkan pasien cara meminta obat yang benar			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
15	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
C	Terminasi			
16	Evaluasi Respon Pasien			
17	Rencana Tindak Lanjut			
18	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien :	
No. CM :	
Ruangan :	
Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif:	S:
Data Objektif:	O:
Diagnosa Keperawatan:	A:
Tindakan:	P:
RTL:	Ttd perawat:

SP III Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP III Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
11	Mengevaluasi kemampuan relaksasi nafas dalam, cara minum obat yang benar dan cara memukul benda lunak			
12	Mengajarkan pasien cara meminta dan menolak dengan benar /latihan asertif			
13	Memberikan kesempatan pada pasien meminta dan menolak dengan benar /latihan asertif			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
15	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
C	Terminasi			
17	Evaluasi Respon Pasien			
18	Rencana Tindak Lanjut			
19	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien :	
No. CM :	
Ruangan :	
Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif:	S:
Data Objektif:	O:
Diagnosa Keperawatan:	A:
Tindakan:	P:
RTL:	Ttd perawat:

SP IV Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP IV Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
11	Mengevaluasi kemampuan relaksasi nafas dalam, cara minum obat yang benar, cara memukul benda lunak dan cara meminta dan menolak dengan benar.			
12	Mengajarkan pasien cara berdoa yang benar			
13	Memberi kesempatan pada pasien untuk melakukan cara berdoa yang benar.			
14	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
15	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
16	Mengevaluasi kemampuan relaksasi nafas dalam, cara minum obat yang benar, cara memukul benda lunak dan cara meminta dan menolak dengan benar.			
17	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
18	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
C	Terminasi			
19	Evaluasi Respon Pasien			
20	Rencana Tindak Lanjut			
21	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd perawat:</p>

Penilaian SP Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan oleh Dosen

No	Aspek yang dinilai	Nilai				keterangan
		1	2	3	4	
A	Prainteraksi					
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat					
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat					
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)					
B	Perkenalan/orientasi					
4	Salam Terapeutik					
5	Evaluasi /Validasi					
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)					
7	Tujuan tindakan / Komunikasi					
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)					
8	Tehnik komunikasi terapeutik					
9	Sikap komunikasi terapeutik					
10	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
11	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
C	Terminasi					
12	Evaluasi Respon Pasien					
13	Rencana Tindak Lanjut					
14	Kontrak yang akan 97ating (Topik, Tempat, Waktu)					
D	Pendokumentasian					
	Total nilai					

Nilai : Jumlah nilai

14

Dosen Penilai

(.....)

Nilai : 4 Sangat bagus
 3 Bagus
 2 kurang
 1 sangat kurang

SP I Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP I Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien			
11	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala Marah yang dialami pasien beserta proses terjadinya			
13	Menjelaskan cara-cara merawat pasien dengan Marah: a. Menghindari penyebab terjadinya risiko marah b. Membimbing klien melakukan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan sesuai dengan yang dilatih perawat kepada pasien c. Memberi pujian atas keberhasilan pasien			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan keluarga			
C	Terminasi			
15	Evaluasi Respon keluarga			
16	Rencana Tindak Lanjut			
17	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p> 	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd perawat:</p>

SP II Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan Marah			
11	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien Marah			
12	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan Marah			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan Keluarga			
C	Terminasi			
15	Evaluasi Respon Keluarga			
16	Rencana Tindak Lanjut			
17	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien :	
No. CM :	
Ruangan :	
Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif:	S:
Data Objektif:	O:
Diagnosa Keperawatan:	A:
Tindakan:	P:
RTL:	Ttd Perawat:

SP III Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge plaming</i>)			
11	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang			
12	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
C	Terminasi			
13	Evaluasi Respon Keluarga			
14	Rencana Tindak Lanjut			
15	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien :	
No. CM :	
Ruangan :	
Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif:	S:
Data Objektif:	O:
Diagnosa Keperawatan:	A:
Tindakan:	P:
RTL:	Ttd perawat:

Penilaian SP Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

No	Aspek yang dinilai	Nilai				keterangan
		1	2	3	4	
A	Prainteraksi					
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat					
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat					
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)					
B	Perkenalan/orientasi					
4	Salam Terapeutik					
5	Evaluasi /Validasi					
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)					
7	Tujuan tindakan / Komunikasi					
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)					
8	Tehnik komunikasi terapeutik					
9	Sikap komunikasi terapeutik					
10	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
11	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
C	Terminasi					
12	Evaluasi Respon Keluarga					
13	Rencana Tindak Lanjut					
14	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)					
D	Pendokumentasian					
	Total nilai					

Nilai : **Jumlah nilai**

14

Dosen Penilai

(.....)

- Nilai : 4 Sangat bagus
- 3 Bagus
- 2 kurang
- 1 sangat kurang

2.4 STRATEGI PELAKSANAAN PADA PASIEN DAN KELUARGA DENGAN WAHAM

2.4.1 Pengertian

Waham adalah keyakinan salah yang didasarkan oleh kesimpulan yang salah tentang realita eksternal dan dipertahankan dengan kuat (Keliat dan Akemat, 2007; Sadock, 2010; SDKI 2016; Erawati, Keliat, Moritz, 2017). Waham dapat berupa waham kebesaran, curiga, persekusi, somatic dan kendali pikir.

PENYEBAB

1. Faktor biologis
2. Faktor psikodinamik
3. Maladaptasi
4. Stres berlebihan

TANDA DAN GEJALA PERILAKU KEKERASAN

Mayor	
Subjektif	Objektif
1. Mengungkapkan isi waham	1. Menunjukkan perilaku sesuai isi waham 2. Isi pikir tidak sesuai dengan realitas 3. Isi pembicaraan sulit dimengerti
Minor	
Subjektif	Objektif
1. Merasa sulit konsentrasi 2. Merasa khawatir 3.	1. Curiga berlebihan 2. Waspada berlebihan 3. Bicara berlebihan 4. Sikap menantang atau permusuhan 5. Wajah tegang 6. Pola tidur berubah 7. Tidak mampu mengambil keputusan 8. Flight of idea 9. Produktifitas kerja menurun 10. Tidak mampu merawat diri 11. Menarik diri

2.4.2 Tujuan

Setelah mendapatkan kasus waham, mahasiswa mampu:

- a. melakukan pengkajian pada pasien waham
- b. merumuskan diagnosa keperawatan waham
- c. menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga pasien waham
- d. melakukan tindakan keperawatan yang meliputi:
 - tindakan keperawatan individu
 - tindakan keperawatan pada kelompok (Terapi aktivitas kelompok)
 - tindakan keperawatan pada keluarga
- e. melakukan evaluasi tindakan keperawatan

2.4.3 Penatalaksanaan

Individu

- 1) Membantu orientasi realita (orang, tempat, dan waktu)
- 2) Mendiskusikan kebutuhan yang tidak terpenuhi
- 3) Membantu pasien memenuhi kebutuhannya yang realistis
- 4) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
- 5) Berdiskusi tentang kemampuan/aspek positif yang dimiliki

Keluarga mampu :

- 1) Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- 2) Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta proses terjadinya waham yang dialami klien
- 3) Mendiskusikan cara merawat waham dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien
- 4) Melatih keluarga cara merawat waham:
 - a. Tidak mendukung dan tidak membantah waham klien (netral)
 - b. Membimbing klien melakukan latihan cara mengendalikan waham sesuai dengan yang dilatih perawat kepada klien
 - c. Memberi pujian atas keberhasilan klien
- 5) Melibatkan seluruh anggota keluarga dalam membimbing orientasi realita (orang, tempat dan waktu), memenuhi kebutuhan klien yang tidak terpenuhi, memotivasi melakukan kemampuan/aspek positif yang dimiliki. Memberi pujian atas keberhasilannya.

- 6) Menjelaskan tanda dan gejala yang memerlukan rujukan segera serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur

Kelompok

- a. Terapi Aktivitas Kelompok orientasi realita

Sesi 1: Pengenalan orang

Sesi 2: Pengenalan tempat

Sesi 3: Pengenalan waktu

2.4.4 Persiapan

- 1) Analisa data kasus yang ada
- 2) Siapkan rencana asuhan keperawatan
- 3) Laporan Pendahuluan (LP) dan Strategi Pelaksanaan (SP) Isolasi Sosial
- 4) Format pendokumentasian
- 5) Lembar kegiatan harian pasien

2.4.5 Kasus

Pasien laki-laki 40 tahun di bawa ke RSJ oleh saudaranya dengan alasan pasien merasa sering melihat mahluk halus ketika mau tidur, tidak tidur 3 hari, bicara ngaco, dan tidak mau melakukan perawatan diri. Pasien sebelumnya tidak pernah mengalami gangguan jiwa. Pasien dibawa oleh saudara kandungnya karena mengalami halusinasi dengan melihat mahluk halus ketika mau tidur . Keluarga pasien tidak ada yang pernah mengalami gangguan jiwa. Pasien mengatakan kakak kandung nya membenci dirinya sehingga membuat usaha makanan pasien menjadi gagal dengan menguna guna pasien. pasien berfikir bahwa saudara membenci dirinya nya kerena dia telah membuat saudara kecelakaan saat bekerja sehingga membuat tanagan saudara kandungnya terpotong. Pasien juga mengatakan bahwa saudaranya ingin menguasai hartanya dari ATM sampai harta lainnya sehingga membuat pasien merasa curiga bahwa saudaranya akan membunuh dirinya



- ✓ Lakukan Analisa terhadap kasus diatas, Siapkan LP dan Rencana Asuhan Keperawatan untuk kasus diatas.
- ✓ Siapkan *Leaflet* Untuk Intervensi kepada keluarga
- ✓ Tuliskan SP dan pendokumentasian pada modul
- ✓ Lakukan demostrasi terhadap kasus diatas dengan Teman (*peer*) dan dokumentasikan didalam format penilaian oleh *peer*

SP I Pasien dengan Waham

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP I Pasien dengan Waham

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Membantu orientasi realita (orang, tempat, dan waktu)			
11	Mendiskusikan kebutuhan yang tidak terpenuhi			
12	Membantu pasien memenuhi kebutuhannya yang realistis			
16	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
17	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
C	Terminasi			
18	Evaluasi Respon Pasien			
19	Rencana Tindak Lanjut			
20	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif: Data Objektif: Diagnosa Keperawatan: Tindakan: RTL:	S: O: A: P: Ttd perawat:

SP II Pasien dengan Waham

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Pasien dengan Waham Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
11	Berdiskusi tentang kemampuan/aspek positif yang dimiliki			
12	Melatih kemampuan yang dimiliki			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
15	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
C	Terminasi			
16	Evaluasi Respon Pasien			
17	Rencana Tindak Lanjut			
18	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien :	
No. CM :	
Ruangan :	
Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif:	S:
Data Objektif:	O:
Diagnosa Keperawatan:	A:
Tindakan:	P:
RTL:	Ttd perawat:

SP III Pasien dengan Waham

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP III Pasien dengan Waham Oleh *Peer*

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
12	Melatih kemampuan yang dimiliki			
13	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
14	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
15				
C	Terminasi			
17	Evaluasi Respon Pasien			
18	Rencana Tindak Lanjut			
19	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p> <p>RTT:</p> <p>RTT:</p> 	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd perawat:</p>

SP IV Pasien dengan Waham

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP IV Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
12	Melatih kemampuan yang dimiliki			
13	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
14	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
C	Terminasi			
19	Evaluasi Respon Pasien			
20	Rencana Tindak Lanjut			
21	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien :	
No. CM :	
Ruangan :	
Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif:	S:
Data Objektif:	O:
Diagnosa Keperawatan:	A:
Tindakan:	P:
RTL:	Ttd perawat:

Penilaian SP Pasien dengan Waham oleh Dosen

No	Aspek yang dinilai	Nilai				keterangan
		1	2	3	4	
A	Prainteraksi					
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat					
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat					
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)					
B	Perkenalan/orientasi					
4	Salam Terapeutik					
5	Evaluasi /Validasi					
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)					
7	Tujuan tindakan / Komunikasi					
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)					
8	Tehnik komunikasi terapeutik					
9	Sikap komunikasi terapeutik					
10	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
11	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
C	Terminasi					
12	Evaluasi Respon Pasien					
13	Rencana Tindak Lanjut					
14	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)					
D	Pendokumentasian					
	Total nilai					

Nilai : Jumlah nilai

14

Dosen Penilai

(.....)

- Nilai : 4 Sangat bagus
 3 Bagus
 2 kurang
 1 sangat kurang

SP I Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP I Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien			
11	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala perilaku waham yang dialami pasien beserta proses terjadinya waham			
13	Menjelaskan cara-cara merawat pasien waham: 1) Tidak mendukung dan tidak membantah waham klien (netral) 2) Membimbing klien melakukan latihan cara mengendalikan waham sesuai dengan yang dilatih perawat kepada klien 3)Memberi pujian atas keberhasilan klien			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan keluarga			
C	Terminasi			
15	Evaluasi Respon keluarga			
16	Rencana Tindak Lanjut			
17	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
<p>Nama pasien :</p> <p>No. CM :</p> <p>Ruangan :</p> <p>Nama Perawat Pj :</p>	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p> 	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd perawat:</p>

SP II Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Keluarga dengan Pasien Waham Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan waham			
11	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien waham			
C	Terminasi			
15	Evaluasi Respon Keluarga			
16	Rencana Tindak Lanjut			
17	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien :	
No. CM :	
Ruangan :	
Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif:	S:
Data Objektif:	O:
Diagnosa Keperawatan:	A:
Tindakan:	P:
RTL:	Ttd Perawat:

SP III Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP III Keluarga dengan Pasien Waham Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge plaming</i>)			
11	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang			
12	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
C	Terminasi			
13	Evaluasi Respon Keluarga			
14	Rencana Tindak Lanjut			
15	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
<p>Nama pasien :</p> <p>No. CM :</p> <p>Ruangan :</p> <p>Nama Perawat Pj :</p>	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p> 	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd perawat:</p>

Penilaian SP Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

No	Aspek yang dinilai	Nilai				keterangan
		1	2	3	4	
A	Prainteraksi					
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat					
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat					
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)					
B	Perkenalan/orientasi					
4	Salam Terapeutik					
5	Evaluasi /Validasi					
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)					
7	Tujuan tindakan / Komunikasi					
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)					
8	Tehnik komunikasi terapeutik					
9	Sikap komunikasi terapeutik					
10	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
11	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
C	Terminasi					
12	Evaluasi Respon Keluarga					
13	Rencana Tindak Lanjut					
14	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)					
D	Pendokumentasian					
	Total nilai					

Nilai : Jumlah nilai

14

Dosen Penilai

(.....)

Nilai : 4 Sangat bagus

3 Bagus

2 kurang

1 sangat kurang

2.4 STRATEGI PELAKSANAAN PADA PASIEN DAN KELUARGA DENGAN RISIKO BUNUH DIRI

2.4.1 Pengertian

Risiko bunuh diri adalah rentan terhadap menyakiti diri sendiri dan cedera yang mengancam jiwa. Tindakan mengakhiri hidupnya berupa isyarat, ancaman, dan percobaan bunuh diri.

PENYEBAB

Stres yang berlebihan

Gangguan konsep diri

Kehilangan dukungan sosial

Kejadian negatif dalam hidup

Penyakit kritis

Perpisahan dan/atau perceraian

Kesulitan ekonomi

Korban kekerasan

Riwayat bunuh diri individu dan/ atau keluarga

TANDA DAN GEJALA PERILAKU KEKERASAN

Mayor	
Subjektif	Objektif
1. Mengungkapkan kata-kata seperti "Tolong jaga anak-anak karena saya akan pergi jauh!" atau "Segala sesuatu akan lebih baik tanpa sava." 2. Mengungkapkan kata-kata "Sava mau mati", "Jangan tolong saya", "Biarkan saya", "Saya tidak mau ditolong". 3. Memberikan ancaman. akan melakukan bunuh diri Mengungkapkan ingin mati Mengungkapkan rencana ingin mengakhiri hidup	1. Murung, tak bergairah 2. Banyak diam 3. Menyiapkan alat untuk melakukan rencana bunuh diri Membenturkan kepala Menjatuhkan kepala dari tempat yang tinggi Melakukan percobaan bunuh diri secara aktif dengan berusaha memotong nadi, menggantung diri, meminum racun

Minor	
Subjektif	Objektif
1. Mengungkapkan isyarat untuk melakukan bunuh diri, tetapi tidak disertai dengan ancaman melakukan bunuh diri ataupun percobaan bunuh diri 2. Mengungkapkan perasaan bersalah, sedih, marah, putus asa, atau tidak berdaya 3. Mengungkapkan hal-hal negatif tentang diri sendiri yang menggambarkan harga diri rendah	. Kontak mata kurang 2. Tidur kurang 3. Mondar-mandir 4. Banyak melamun 5. Terlihat sedih 6. Menangis terus-menerus

2.4.2 Tujuan

Setelah mendapatkan kasus risiko bunuh diri, mahasiswa mampu:

- a. melakukan pengkajian pada pasien risiko bunuh diri
- b. merumuskan diagnosa keperawatan risiko bunuh diri
- c. menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga pasien risiko bunuh diri
- d. melakukan tindakan keperawatan yang meliputi:
 - tindakan keperawatan individu
 - tindakan keperawatan pada keluarga
melakukan evaluasi tindakan keperawatan

2.4.3 Penatalaksanaan

Individu

1. Mengidentifikasi beratnya masalah bunuh diri: isyarat, ancaman, atau percobaan (segera rujuk jika percobaan)
2. Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan pasien
3. Mengamankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien
4. Melakukan kontrak treatment
5. Mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri
6. Melatih cara mengendalikan dorongan bunuh diri
7. Mendiskusikan harapan dan masa depan yang realistis
8. Melatih cara-cara mencapai harapan dan masa depan secara bertahap

Keluarga mampu :

- 1) Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dialami pasien beserta proses terjadinya risiko bunuh diri
- 3) Menjelaskan cara-cara merawat pasien risiko bunuh diri dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien
- 4) Melatih keluarga cara merawat waham:
 - a. Menyediakan dan menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman untuk klien
 - b. tidak membicarakan keburukan anggota keluarga
 - c. Memberi pujian atas keberhasilan klien
 - d. Mendiskusikan diskusi tentang langkah dan kegiatan untuk mencapai harapan masa depan pasien bersama keluarga.
 - e. Mendiskusikan dengan klien dan keluarga tentang harapan masa depan serta langkah- langkah mencapainya
- 5) Melibatkan seluruh anggota keluarga dalam mengurangi keinginan untuk bunuh diri, memenuhi kebutuhan klien yang tidak terpenuhi, memotivasi melakukan kemampuan/aspek positif yang dimiliki. Memberi pujian atas keberhasilannya.
- 6) Menjelaskan tanda dan gejala yang memerlukan rujukan segera serta melakukan *follow up* ke pelayanan kesehatan secara teratur

2.4.5 Kasus

Pasien laki-laki usia 36 tahun, dibawa ke RSJ karena pasien hanya berdiam dikamar, tidak mau melakukan perawatan diri, serta selalu berbicara negative terhadap diri sendiri. Pasien mengatakan

jika dirinya tidak berguna, hanya merepotkan anggota keluarga. Pasien sudah menikah dan memiliki 3 orang anak. Istri pasien mengatakan khawatir dengan kondisi suaminya karena sering merasa putus asa setelah mengalami PHK. Istri pasien mengatakan jika pasien beberapa kali mengutarakan ingin bunuh diri saja.



- ✓ Lakukan Analisa terhadap kasus diatas, Siapkan LP dan Rencana Asuhan Keperawatan untuk kasus diatas.
- ✓ Siapkan *Leaflet* Untuk Intervensi kepada keluarga
- ✓ Tuliskan SP dan pendokumentasian pada modul
- ✓ Lakukan demonstrasi terhadap kasus diatas dengan Teman (*peer*) dan dokumentasikan didalam

SP I Pasien dengan Risiko Bunuh Diri

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP I Pasien dengan Risiko Bunuh Diri

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengidentifikasi beratnya masalah bunuh diri: isyarat, ancaman, atau percobaan (segera rujuk jika percobaan)			
11	Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan pasien			
12	Mengamankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien			
C	Terminasi			
13	Evaluasi Respon Pasien			
14	Rencana Tindak Lanjut			
15	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif: Data Objektif: Diagnosa Keperawatan: Tindakan: RTL:	S: O: A: P: Ttd perawat:

SP II Pasien dengan Risiko Bunuh Diri

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Pasien dengan Risiko Bunuh Diri Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Melakukan kontrak <i>treatment</i>			
11	Mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri : a. Diskusikan dan buat daftar aspek positif diri dan lakukan afirmasi positif b. Diskusikan dan buat daftar aspek positif dari orang yang berarti dalam hidup dan lakukan afirmasi positif c. Diskusikan dan buat daftar aspek positif dari lingkungan dan lakukan afirmasi positif d. Latih semua aspek positif yang dimiliki: dari diri sendiri, orang yang berarti e. Latih mengevaluasi perasaan dan pikiran atas keberhasilan latihan			
12	Melatih cara mengendalikan dorongan bunuh diri			
15	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
C	Terminasi			
16	Evaluasi Respon Pasien			
17	Rencana Tindak Lanjut			
18	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd perawat:</p>

SP III Pasien dengan Risiko Bunuh Diri

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP III Pasien dengan Risiko Bunuh Diri Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mendiskusikan harapan dan masa depan yang realistis			
12	Melatih cara-cara mencapai harapan dan masa depan secara bertahap: a) Diskusikan tujuan dari kehidupan b) Diskusikan membangun harapan terkait diri sendiri, orang yang berarti dalam kehidupan c) Diskusikan cara dan tekad untuk mencapai harapan dan masa depan d) Latih untuk mencapai harapan dan masa depan			
13	Memasukkan cara mencapai harapan dan masa depan ke dalam jadwal harian			
14	Memberikan pujian			
15	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
C	Terminasi			
16	Evaluasi Respon Pasien			
17	Rencana Tindak Lanjut			
18	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien :	
No. CM :	
Ruangan :	
Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif:	S:
Data Objektif:	O:
Diagnosa Keperawatan:	A:
Tindakan:	P:
RTL:	Ttd perawat:

SP IV Pasien dengan Risiko Bunuh Diri

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP IV Pasien dengan Risiko Bunuh Diri Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi jadwal harian			
12	Melatih tahap kedua kegiatan mencapai masa depan			
13	Berikan motivasi untuk membangun harapan dan mengendalikan dorongan bubuh diri			
14	Memintya klien menghubungi care giver (keluarga) dan tenaga kesehatan jika tidak dapat mengendalikan dorongan bunuh diri			
15	Berikan pengawasan ketat dan terkendali jika klien tidak dapat mengendalikan dorongan bunuh diri (perawatan diri)			
C	Terminasi			
16	Evaluasi Respon Pasien			
17	Rencana Tindak Lanjut			
18	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
<p>Nama pasien :</p> <p>No. CM :</p> <p>Ruangan :</p> <p>Nama Perawat Pj :</p>	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd perawat:</p>

Penilaian SP Pasien dengan Risiko Bunuh Diri oleh Dosen

No	Aspek yang dinilai	Nilai				keterangan
		1	2	3	4	
A	Prainteraksi					
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat					
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat					
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)					
B	Perkenalan/orientasi					
4	Salam Terapeutik					
5	Evaluasi /Validasi					
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)					
7	Tujuan tindakan / Komunikasi					
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)					
8	Tehnik komunikasi terapeutik					
9	Sikap komunikasi terapeutik					
10	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
11	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
C	Terminasi					
12	Evaluasi Respon Pasien					
13	Rencana Tindak Lanjut					
14	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)					
D	Pendokumentasian					
	Total nilai					

Nilai : Jumlah nilai

14

Dosen Penilai

(.....)

- Nilai : 4 Sangat bagus
 3 Bagus
 2 kurang
 1 sangat kurang

SP I Keluarga dengan Pasien Risiko Bunuh Diri

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP I Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien			
11	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dialami pasien beserta proses terjadinya risiko bunuh diri			
13	Menjelaskan cara-cara merawat pasien risiko bunuh diri: a) Menyediakan lingkungan yang aman b) Memberikan pujian terhadap aspek positif yang dimiliki oleh pasien, hindari mengemukakan hal yang negative c) Berdiskusi tentang harapan dan masa depan d) Memotivasi dan membimbing melakukan kegiatan yang positif			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan keluarga			
C	Terminasi			
15	Evaluasi Respon keluarga			
16	Rencana Tindak Lanjut			
17	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien :	
No. CM :	
Ruangan :	
Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif:	S:
Data Objektif:	O:
Diagnosa Keperawatan:	A:
Tindakan:	P:
RTL:	Ttd perawat:

SP II Keluarga dengan Pasien Risiko Bunuh Diri

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Keluarga dengan Pasien Bunuh Diri Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan risiko bunuh diri			
11	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien risiko bunuh diri			
12	Melatih cara memberi penghargaan pada klien dan menciptakan suasana			
13	Positif dalam keluarga: tidak membicarakan keburukan anggota keluarga			
C	Terminasi			
14	Evaluasi Respon Keluarga			
15	Rencana Tindak Lanjut			
16	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruang : Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif: Data Objektif: Diagnosa Keperawatan: Tindakan: RTL:	S: O: A: P: Ttd Perawat:

SP III Keluarga dengan Pasien Risiko Bunuh Diri

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP III Keluarga dengan Pasien Waham Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mendiskusikan diskusi tentang langkah dan kegiatan untuk mencapai harapan masa depan pasien bersama keluarga			
11	Mendiskusikan dengan klien dan keluarga tentang harapan masa depan serta langkah- langkah mencapainya			
	Melatih cara memberikan pujian hal positif klien, memberi dukungan pencapaian masa depan			
12	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
13	Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>)			
14	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang			
C	Terminasi			
15	Evaluasi Respon Keluarga			
16	Rencana Tindak Lanjut			
17	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p> 	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd perawat:</p>

Penilaian SP Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

No	Aspek yang dinilai	Nilai				keterangan
		1	2	3	4	
A	Prainteraksi					
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat					
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat					
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)					
B	Perkenalan/orientasi					
4	Salam Terapeutik					
5	Evaluasi /Validasi					
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)					
7	Tujuan tindakan / Komunikasi					
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)					
8	Tehnik komunikasi terapeutik					
9	Sikap komunikasi terapeutik					
10	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
11	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
C	Terminasi					
12	Evaluasi Respon Keluarga					
13	Rencana Tindak Lanjut					
14	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)					
D	Pendokumentasian					
	Total nilai					

Nilai : Jumlah nilai

14

Dosen Penilai

(.....)

Nilai : 4 Sangat bagus

3 Bagus

2 kurang

1 sangat kurang

2.5 STRATEGI PELAKSANAAN PADA PASIEN DAN KELUARGA DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI (DPD)

2.5.1 Pengertian

Defisit perawatan diri menggambarkan suatu keadaan seseorang yang mengalami gangguan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri seperti mandi, berganti pakaian, makan dan toileting (Wilkinson, 2007). Defisit perawatan diri terbagi atas 4 kegiatan yaitu mandi/hygiene, berpakaian/berhias, makan dan toileting. Kurang perawatan diri merupakan keadaan ketika individu mengalami suatu kerusakan fungsi motorik atau fungsi kognitif, yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan masing-masing dari kelima aktivitas perawatan diri antara lain: Makan, minum, Mandi/Higiene, Berpakaian dan berhias, Toileting Keliat et al (2012) karakteristik pasien yang mengalami defisit perawatan diri yang dapat ditemukan melalui observasi antara lain:

- a. Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau serta kuku panjang dan kotor
- b. Ketidakmampuan berhias/berdandan, ditandai dengan rambut acak-acakkan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai pada klien laki-laki tidak bercukur, pada klien perempuan tidak berdandan
- c. Ketidakmampuan makan secara mandiri ditandai dengan: ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya
- d. Ketidakmampuan defekasi/berkemih secara mandiri, ditandai dengan defekasi/berkemih tidak pada tempatnya, tidak dibersihkan diri dengan baik setelah defekasi/berkemih

Defisit perawatan diri biasanya muncul sebagai diagnosa pada beberapa diagnosa inti (*core*), seperti pada klien depresi, schizoprenia, retardarsi mental, perkembangan/proses penuaan, gangguan isi pikir, dan somatoform.

PENYEBAB

1. Gangguan musculoskeletal
2. Gangguan neuromuskuler
3. Kelemahan
4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik
5. Penurunan motivasi/minat

TANDA DAN GEJALA

Mayor	
Subjektif	Objektif
Menolak melakukan perawatan diri Menyampaikan ketidakinginan melakukan perawatan diri: kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, dan eliminasi Menyatakan tidak tahu cara melakukan perawatan diri : kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, dan eliminasi	Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/ berhias secara mandiri Minat melakukan perawatan diri kurang Kulit, rambut, gigi, kuku kotor Pakaian kotor, tidak rapi, dan tidak tepat Makan dan minum tidak beraturan Eliminasi BAB dan BAK tidak pada tempatnya Lingkungan tempat tinggal kotor dan tidak rapi
Minor	
Subjektif	Objektif
Tidak ada	Ketidakmampuan menyiapkan alat mandi Ketidakmampuan melepaskan dan mengenakan pakaian Ketidakmampuan mengambil makanan dan minuman sendiri Ketidakmampuan menggunakan toilet

2.5.2 Tujuan

Setelah mendapatkan kasus kurang perawatan diri, mahasiswa mampu:

- a. melakukan pengkajian pada pasien kurang perawatan diri
- b. merumuskan diagnosa keperawatan kurang perawatan diri
- c. menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga pasien kurang perawatan diri
- d. melakukan tindakan keperawatan yang meliputi:
 - tindakan keperawatan individu
 - tindakan keperawatan pada kelompok (Terapi aktivitas kelompok)
 - tindakan keperawatan pada keluarga
- e. melakukan evaluasi tindakan keperawatan

2.5.3 Penatalaksanaan

Individu

- 1) Menjelaskan tanda dan gejala penyebab dan akibat defisit perawatan diri serta melatih klien merawat diri : mandi
 - a) Mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri
 - b) Menjelaskan cara perawatan diri : mandi (tanyakan alasan tidak mau mandi, berapa kali mandi dalam sehari, manfaat mandi, peralatan mandi, cara mandi yang benar)
 - c) Melatih klien cara perawatan diri : mandi
 - d) Melatih klien memasukkan kegiatan berdandan dalam jadwal kegiatan harian
- 2) Menjelaskan dan melatih klien perawatan kebersihan diri : berhias
 - a) Mendiskusikan tentang cara perawatan diri berdandan (alat yang dibutuhkan, kegiatan berdandan, cara berdandan, waktu berdandan, manfaat berdandan, kerugian jika tidak berdandan)
 - b) Melatih cara berdandan
 - c) Melatih klien memasukkan kegiatan berdandan dalam jadwal kegiatan harian
- 3) Melatih melakukan perawatan diri : makan/minum
 - a) Mendiskusikan cara perawatan diri : makan/minum (tanyakan alat yang dibutuhkan, cara makan minum, waktu makan minum, manfaat makan minum dan kerugian jika tidak makan dan minum)
 - b) Melatih cara perawatan diri : makan/ minum
 - c) Melatih klien memasukkan kegiatan makan/minum dalam jadwal kegiatan harian
- 4) Melatih cara melakukan perawatan diri : BAB/ BAK
 - a) Mendiskusikan cara perawatan diri BAB/BAK (alat yang dibutuhkan, kegiatan BAB/BAK, cara melakukan BAB/BAK yang benar, manfaat BAB/BAK yang benar, kerugian jika BAB/BAK tidak benar)
 - b) Melatih cara perawatan diri : BAB/BAK
 - c) Melatih klien memasukkan kegiatan BAB/BAK dalam jadwal kegiatan harian
- 5) Terapi spesialis : token ekonomi

Keluarga

Kemampuan yang harus dimiliki keluarga dalam menghadapi klien defisit perawatan diri :

- 1) Mengenal masalah klien defisit perawatan diri
- 2) Mengambil keputusan untuk merawat klien defisit perawatan diri

- 3) Merawat defisit perawatan diri
- 4) Menciptakan lingkungan yang terapeutik untuk klien defisit perawatan diri
- 5) Memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk follow up kesehatan
- 6) klien defisit perawatan diri dan mencegah kekambuhan

2.5.4 Persiapan

- 1) Analisa data kasus yang ada
- 2) Siapkan rencana asuhan keperawatan
- 3) Laporan Pendahuluan (LP) dan Strategi Pelaksanaan (SP) Isolasi Sosial
- 4) Format pendokumentasian
- 5) Lembar kegiatan harian pasien

2.5.5 Kasus

Seorang pasien wanita berusia 35 tahun dirawat diruang psikiatri. Pasien dibawa kerumah sakit dengan alasan pasien selalu berdiam didalam kamar, tidak mau bicara, dan tidak mau melakukan perawatan diri. Keadaan pasien saat ini pasien rambut acak-acakan, tidak tersisir rapih, berketombe. Badan pasien berbau, baju kotor. Kuku pasien tampak panjang dan kotor. Pada saat makan siang pasien tampak makan berantakan tidak cuci tangan. Pasien terkadang berbau pesing karena buang air kecil tidak dibersihkan. Keluarga pasien menjenguk pasien 1 minggu sekali, keluarga mengatakan jika dirumah pasien juga berperilaku seperti itu, malas untuk memenuhi aktivitas harian. Keluarga mengatakan tidak mengetahui dengan cara apalagi untuk membuat pasien mau merawat diri. Keluarga mengatakan sudah mencoba berbagai cara untuk mengubah pasien tetapi tidak berhasil.

- ✓ Lakukan Analisa terhadap kasus diatas, Siapkan LP dan Rencana Asuhan Keperawatan untuk kasus diatas.
- ✓ Siapkan *Leaflet* Untuk Intervensi kepada keluarga
- ✓ Tuliskan SP dan pendokumentasian pada modul
- ✓ Lakukan demonstrasi terhadap kasus diatas dengan Teman (*peer*) dan dokumentasikan didalam format penilaian oleh *peer*



SP I Pasien dengan Defisit Perawatan Diri

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP I Pasien dengan DPD

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang Devisit perawatan diri			
11	Mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang pentingnya mandi			
12	Mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang alat-alat mandi			
13	Melatih pasien cara mandi yang benar			
14	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
15	Mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang Devisit perawatan diri			
16	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
C	Terminasi			
17	Evaluasi Respon Pasien			
18	Rencana Tindak Lanjut			
19	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien :	
No. CM :	
Ruangan :	
Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif:	S:
Data Objektif:	O:
Diagnosa Keperawatan:	A:
Tindakan:	P:
RTL:	Ttd perawat:

SP II Pasien dengan DPD

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Pasien dengan DPD Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi kemampuan pasien cara mandi yang benar			
11	Mengajarkan pasien cara berhias dan berdandan, sisir rambut, bedakan, lipstik, berpakaian yang benar (wanita)			
12	Mengajarkan pasien cara berpakaian, menyisir, cukur kumis, jenggot, rambut (pria)			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
15	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
C	Terminasi			
16	Evaluasi Respon Pasien			
17	Rencana Tindak Lanjut			
18	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

SP III Pasien dengan DPD

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP III Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
11	Evaluasi kemampuan mandi, berhias dan berdandan.			
12	Mengajarkan cara makan yang benar			
13	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
C	Terminasi			
15	Evaluasi Respon Pasien			
16	Rencana Tindak Lanjut			
17	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
<p>Data Subjektif:</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Tindakan:</p> <p>RTL:</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>A:</p> <p>P:</p> <p>Ttd perawat:</p>

SP IV Pasien dengan DPD

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP IV Pasien dengan DPD Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
11	Mengevaluasi kemampuan mandi, berhias dan berdanda, dan makan yang benar.			
12	Mengajarkan pasien cara BAB dan BAK yang benar			
13	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
	Mengevaluasi kemampuan mandi, berhias dan berdanda, dan makan yang benar.			
	Mengajarkan pasien cara BAB dan BAK yang benar			
14	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			
15	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
C	Terminasi			
11	Evaluasi Respon Pasien			
12	Rencana Tindak Lanjut			
13	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP Pasien dengan DPD oleh Dosen

No	Aspek yang dinilai	Nilai				keterangan
		1	2	3	4	
A	Prainteraksi					
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat					
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat					
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)					
B	Perkenalan/orientasi					
4	Salam Terapeutik					
5	Evaluasi /Validasi					
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)					
7	Tujuan tindakan / Komunikasi					
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)					
8	Tehnik komunikasi terapeutik					
9	Sikap komunikasi terapeutik					
10	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
11	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
C	Terminasi					
12	Evaluasi Respon Pasien					
13	Rencana Tindak Lanjut					
14	Kontrak yang akan 176ating (Topik, Tempat, Waktu)					
D	Pendokumentasian					
	Total nilai					

Nilai : Jumlah nilai

14

Dosen Penilai

(.....)

- Nilai : 4 Sangat bagus
 3 Bagus
 2 kurang
 1 sangat kurang

SP I Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP I Keluarga dengan Pasien DPD Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien			
11	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala kurang merawat diri (Mandi, berhias berdandan, makan yang benar dan toileting)			
12	Menjelaskan cara-cara merawat pasien dengan Devisit perawatan diri			
13	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan keluarga			
C	Terminasi			
14	Evaluasi Respon keluarga			
15	Rencana Tindak Lanjut			
16	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien : No. CM : Ruangan : Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif: Data Objektif: Diagnosa Keperawatan: Tindakan: RTL:	S: O: A: P: Ttd perawat:

SP II Keluarga dengan Pasien DPD

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Keluarga dengan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan Devisit perawatannya diri			
11	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien devisit perawatan diri			
12	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan Devisit perawatannya diri			
13	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan Keluarga			
C	Terminasi			
14	Evaluasi Respon Keluarga			
15	Rencana Tindak Lanjut			
16	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

SP III Keluarga dengan Pasien DPD

Fase orientasi

Salam Terapeutik:

Evaluasi/validasi:

Kontrak (topik, waktu, tempat):

Tujuan :

Fase kerja

Fase terminasi

Evaluasi respon pasien:

Rencana Tindak Lanjut:

Kontrak yang akan datang:

Penilaian SP II Keluarga dengan Pasien DPD Oleh Peer

No	Aspek yang dinilai	Nilai		Catatan
		YA	TIDAK	
A	Prainteraksi			
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat			
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)			
B	Perkenalan/orientasi			
4	Salam Terapeutik			
5	Evaluasi /Validasi			
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)			
7	Tujuan tindakan / Komunikasi			
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)			
8	Tehnik komunikasi terapeutik			
9	Sikap komunikasi terapeutik			
10	Membantu keluarga membuat jadual aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge plaming</i>)			
11	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang			
12	Membantu keluarga membuat jadual aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge plaming</i>)			
C	Terminasi			
13	Evaluasi Respon Keluarga			
14	Rencana Tindak Lanjut			
15	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)			
D	Pendokumentasian			
	Total nilai			

Catatan/Masukan:

Mahasiswa

()

Pendokumentasian

CATATAN KEPERAWATAN	
Nama pasien :	
No. CM :	
Ruangan :	
Nama Perawat Pj :	
Data Subjektif:	S:
Data Objektif:	O:
Diagnosa Keperawatan:	A:
Tindakan:	P:
RTL:	Ttd perawat:

Penilaian SP Keluarga dengan Pasien DPD

No	Aspek yang dinilai	Nilai				keterangan
		1	2	3	4	
A	Prainteraksi					
1	Melakukan analisa kasus dengan tepat					
2	Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat					
3	Menetapkan intervensi generalis dengan tepat (Rencana Askep, LP dan SP)					
B	Perkenalan/orientasi					
4	Salam Terapeutik					
5	Evaluasi /Validasi					
6	Kontrak (Topik, waktu, tempat)					
7	Tujuan tindakan / Komunikasi					
C	Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)					
8	Tehnik komunikasi terapeutik					
9	Sikap komunikasi terapeutik					
10	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
11	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana					
C	Terminasi					
12	Evaluasi Respon Keluarga					
13	Rencana Tindak Lanjut					
14	Kontrak yang akan datang (Topik, Tempat, Waktu)					
D	Pendokumentasian					
	Total nilai					

Nilai : Jumlah nilai

14

Dosen Penilai

(.....)

- Nilai : 4 Sangat bagus
 3 Bagus
 2 kurang
 1 sangat kurang

BAB III

TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK

Terapi aktivitas kelompok (TAK) merupakan salah satu terapi yang dilakukan perawat kepada sekelompok pasien dengan diagnosis keperawatan yang sama (Keliat Akemat, 2013). Terapi ini memungkinkan terjadinya dinamika interaksi antar pasien yang saling bergantung, saling membutuhkan, dan berlatih perilaku baru yang adaptif.

TAK dilakukan dengan membentuk kelompok kecil yang berkisar antara 5-12 orang. Kelompok yang terlalu besar akan menyulitkan dalam memberikan kesempatan seluruh anggota menyampaikan pendapatnya, dan kelompok terlalu kecil akan memperkecil interaksi yang terjadi. Waktu optimal untuk TAK adalah 20-40 menit, dimulai dari orientasi, tahap kerja, hingga terminasi. Banyaknya sesi TAK tergantung pada tujuan kelompok sesuai kebutuhan.

3.1. Panduan Terapi Aktivitas Kelompok Umum

Sebelum memulai TAK, persiapkanlah perencanaan terlebih dahulu sebagai panduan dalam menjalankan TAK. Perencanaan tersebut dibuat dalam bentuk proposal kegiatan yang berisikan sebagai berikut :

3.1.1. Tujuan

Tujuan berisi hal yang ingin dicapai dalam terapi kelompok, sesuai dengan sesi yang sedang dijalankan saat itu.

3.1.2. Setting

Atur posisi pasien dan perawat untuk berada dalam satu lingkaran dan berbaur. Usakan ruangan tenang agar lebih kondusif.

3.1.3. Pembagian Peran Perawat

No.	Peran	Tugas
1.	Leader	<ul style="list-style-type: none"> - Menyusun rencana, membuka dan menutup TAK - Mengarahkan proses TAK dalam mencapai tujuan dengan cara memberikan motivasi kepada anggota yang terlibat dalam kegiatan. - Memfasilitasi setiap sikap anggota kelompok untuk mengekspresikan perasaannya, mengajukan pendapat dan memberi umpan balik. - Sebagai role model. - Sebagai penopang dari anggota yang terlalu lemah atau mendominasi. - Memimpin dalam mempersiapkan program terapi aktivitas kelompok untuk pasien
2.	Co- Leader	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu leader dalam mengorganisir anggota kelompok - Membantu mengobservasi kemampuan klien dalam TAK - Mengingatkan leader jika kegiatan menyimpang
3.	Observer	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi setiap respon klien. - Mengamati dan mencatat semua proses yang terjadi serta perubahan perilaku klien (jumlah peserta yang hadir, yang memberi pendapat, topik diskusi, respon verbal dan non verbal). - Memberi umpan balik kepada kelompok - Mengobservasi respon anggota kelompok - Mengidentifikasi strategi yang digunakan leader - Mencatat modifikasi strategi untuk kegiatan kelompok berikutnya
4	Fasilitator	<ul style="list-style-type: none"> - Role model, menyusun rencana yang tepat untuk Klien, mengarahkan kelompok dalam mencapai tujuan, memotivasi anggota, mengatur jalannya kegiatan, menjelaskan aturan kegiatan dan memimpin jalannya kegiatan. - Membantu leader memfasilitasi anggota untuk berperan aktif dan membantu leader dalam memotivasi anggota

3.1.4. Alat

Tape recorder, Kaset lagu, bola tenis, kartu, buku catatan dan pulpen. jadwal kegiatan pasien, dan alat-alat lain yang dibutuhkan selama TAK. Jenis alat dapat berbeda sesuai dengan kegiatan yang akan dilaksanakan.

3.1.5. Metode

Dimamika kelompok, diskusi dan tanya jawab, bermain peran/simulasi, dan lain-lain.

3.1.6. Langkah Kegiatan

3.1.6.1. Persiapan

- a. Memilih pasien sesuai dengan kriteria, usahakan untuk memilih pasien yang kondisinya sudah lebih stabil.
- b. Membuat kontrak dengan pasien

- c. Persiapan alat dan tempat pertemuan

3.1.6.2.Orientasi

- a. Memberikan salam terapeutik
- b. Evaluasi dan validasi perasaan pasien
- c. Kontrak alur TAK: jelaskan tujuan TAK, serta aturan selama TAK seperti harus meminta izin perawat saat meninggalkan kelompok, lama permainan, dan kewajiban setiap anggota untuk mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir.

3.1.6.3.Tahap Kerja

- a. Jelaskan kegiatan dan cara bermain TAK.
- b. Setiap peserta TAK harus mendapatkan kesempatan yang sama saat beraktivitas dan menyampaikan pendapat secara bergiliran.
- c. Beri pujian untuk setiap anggota yang mampu melakukan tugas kegiatan TAK.

3.1.6.4.Terminasi

- a. Evaluasi: menanyakan perasaan pasien setelah ikut TAK dan memberikan pujian atas keberhasilan kelompok.
- b. Rencana Tindak Lanjut: menganjurkan pasien mempraktikkan apa yang dipelajari selama TAK di kehidupan sehari-hari. Memasukkan kegiatan yang dipelajari kedalam jadwal aktivitas harian.
- c. Kontrak yang akan datang: menyepakati TAK sesi selanjutnya, tempat, dan waktu

3.1.6.5.Evaluasi dan Dokumentasi

- a. Evaluasi: Dilakukan saat proses TAK Berlangsung, terutama pada tahap kerja untuk menilai kemampuan klien melakukan TAK. Aspek yang dievaluasi sesuai dengan tujuan TAK. Evaluasi pada setiap sesi TAK akan dijabarkan selanjutnya.
- b. Dokumentasi : Dokumentasi kemampuan klien pada catatan proses keperawatan setiap klien.

3.2. Terapi Aktivitas Kelompok pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan: Stimulasi Persepsi

3.2.1. Sesi 1 : mengenal perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

- a. Tujuan
 - 1) Pasien dapat menyebutkan stimulus penyebab kemarahan
 - 2) Pasien dapat menyebutkan respon yang dirasakan saat marah
 - 3) Pasien dapat menyebutkan reaksi yang dilakukan saat marah
 - 4) Pasien dapat menyebutkan akibat perilaku kekerasan

b. Penilaian

No	Nama Klien	Penyebab PK	Memberi tanggapan tentang		
			Tanda & gejala PK	Perilaku kekerasan	Akibat PK
1					
2					
3					
4					

3.2.2. Sesi 2 : mencegah perilaku kekerasan secara fisik

a. Tujuan

- 1) Pasien dapat menyebutkan kegiatan fisik yang biasa dilakukan
- 2) Pasien dapat menyebutkan kegiatan fisik yang dapat mencegah PK
- 3) Pasien dapat mendemonstrasikan dua kegiatan fisik yang dapat mencegah perilaku kekerasan

b. Penilaian

No	Nama Klien	Mempraktikkan cara fisik 1	Mempraktikkan cara fisik 2
1			
2			
3			
4			

3.2.3. Sesi 3 : mencegah perilaku kekerasan dengan cara verbal

a. Tujuan

- 1) Pasien dapat mengungkapkan keinginan dan permintaan tanpa memaksa
- 2) Pasien dapat mengungkapkan penolakan dan rasa sakit hati tanpa kemarahan

b. Penilaian

No	Nama Klien	Memperagakan cara meminta tanpa paksa	Memperagakan cara menolak yang baik	Memperagakan cara mengungkapkan kemarahan yang baik
1				
2				

3				
4				

3.2.4. Sesi 4 : mencegah perilaku kekerasan dengan cara spiritual

- a. Tujuan: Pasien dapat melakukan kegiatan ibadah secara teratur
- b. Penilaian

No	Nama Klien	Mempraktikkan kegiatan ibadah 1	Mempraktikkan kegiatan ibadah 2
1			
2			
3			
4			

3.2.5. Sesi 5 : mencegah perilaku kekerasan dengan patuh mengkonsumsi obat

- a. Tujuan
 - 1) Pasien dapat menyebutkan keuntungan patuh minum obat
 - 2) Pasien dapat menyebutkan akibat/kerugian tidak patuh minum obat
 - 3) Klien dapat menyebutkan 8 benar cara minum obat
- b. Penilaian

No	Nama Klien	Menyebutkan 8 benar minum obat	Menyebutkan keuntungan minum obat	Menyebutkan akibat tidak patuh minum obat
1				
2				
3				
4				

3.3. Terapi Aktivitas Kelompok pada Pasien Halusinasi: Stimulasi Persepsi

3.3.1. Sesi 1 : Mengenal halusinasi (jenis, isi, frekuensi, waktu, situasi, respons)

- a. Tujuan:
 - 1) Pasien mengenal halusinasi
 - 2) Pasien mengenal waktu terjadinya halusinasi
 - 3) Pasien mengenal situasi terjadinya halusinasi
 - 4) Klien mengenal perasaannya pada saat terjadi halusinasi

b. Penilaian

No	Nama Klien	Menyebutkan isi halusinasi	Menyebutkan waktu terjadi halusinasi	Menyebutkan situasi terjadinya halusinasi	Menyebutkan perasaan saat halusinasi
1					
2					
3					
4					

3.3.2. Sesi 2 : Melawan halusinasi dengan menghardik

a. Tujuan

- 1) Pasien dapat menjelaskan carayang selama ini dilakukan untuk mengatasi halusinasi
- 2) Pasien dapat memahami cara menghardik halusinasi
- 3) Pasien dapat mempragakan cara menghardik halusinasi

b. Penilaian

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Menyebutkan cara mengatasi halusinasi selama ini					
2	Menyebutkan efektivitas cara					
3	Menyebutkan cara mengatasi halusinasi dengan menghardik					
4	Memperagakan menghardik halusinasi					

3.3.3. Sesi 3 : Melawan halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal

a. Tujuan

- 1) Pasien dapat memahami pentingnya melakukan kegiatan untuk mencegah munculnya halusinasi
- 2) Pasien dapat menyusun jadwal kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi

b. Penilaian

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Menyebutkan kegiatan yang biasa dilakukan					
2	Memperagakan kegiatan yang biasa dilakukan					
3	Menyusun jadwal kegiatan harian					
4	Menyebutkan dua cara mengontrol halusinasi					

3.3.4. Sesi 4 : Melawan halusinasi dengan bercakap-cakap

a. Tujuan

- 1) Klien memahami pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah munculnya halusinasi
- 2) Klien dapat bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah halusinasi

b. Penilaian

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Menyebutkan orang yang biasa diajak bicara					
2	Memperagakan percakapan					
3	Menyusun jadwal percakapan					
4	Menyebutkan tiga cara mengontrol dan mencegah halusinasi					

3.3.5. Sesi 5 : Patuh 8 benar minum obat (benar klien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara, benar manfaat, benar kadaluarsa dan benar dokumentasi)

a. Tujuan

- 1) Klien memahami pentingnya patuh minum obat
- 2) Klien memahami akibat tidak patuh minum obat
- 3) Klien dapat menyebutkan 8 benar minum obat

b. Penilaian

No	Nama Klien	Menyebutkan 8 benar minum obat	Menyebutkan keuntungan minum obat	Menyebutkan akibat tidak patuh minum obat
1				
2				
3				
4				

3.4. Terapi Aktivitas Kelompok pada Pasien Waham: Orientasi Realita

3.4.1. Sesi 1: Pengenalan Orang

a. Tujuan

- 1) Klien mampu mengenal nama-nama perawat
- 2) Klien mampu mengenal nama-nama klien lain

b. Penilaian

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Menyebut nama pasien lain					
2	Menyebutkan nama panggilan pasien lain					
3	Menyebutkan asal pasien lain					
4	Menyebutkan hobi pasien lain					

3.4.2. Sesi 2: Pengenalan Tempat

a. Tujuan

- 1) Klien mampu mengenal nama rumah sakit
- 2) Pasien mampu mengenal nama ruangan tempat dirawat
- 3) Pasien mampu mengenal kamar tidur
- 4) Pasien mengenal tempat tidur
- 5) Pasien mengenal ruang perawat, ruang istirahat, ruang makan, kamar mandi, dan WC

b. Penilaian

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Menyebutkan nama rumah sakit					
2	Menyebutkan nama ruangan					
3	Menyebutkan letak kantor perawat					
4	Menyebutkan letak kamar mandi dan WC					
5	Menyebutkan letak kamar tidur					

3.4.3. Sesi 3: Pengenalan Waktu

a. Tujuan

- 1) Pasien mengenal waktu dengan tepat
- 2) Pasien mengenal tanggal dengan tepat
- 3) Pasien mengenal hari dengan tepat
- 4) Pasien mengenal tahun dengan tepat

b. Penilaian

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Menyebutkan jam					
2	Menyebutkan hari					
3	Menyebutkan tanggal					
4	Menyebutkan bulan					
5	Menyebutkan tahun					

3.5. Terapi Aktivitas Kelompok pada Pasien Harga Diri Rendah: Stimulasi Persepsi

3.5.1. Sesi 1: Identifikasi kemampuan / hal positif pada diri

a. Tujuan

- 1) Klien dapat mengidentifikasi pengalaman yang tidak menyenangkan
- 2) Klien dapat mengidentifikasi hal positif pada diri

b. Penilaian

No	Nama Klien	Menulis pengalaman yang tidak menyenangkan	Menulis hal positif diri
1			
2			
3			
4			

3.5.2. Sesi 2: Melatih kemampuan / hal positif pada diri

a. Tujuan

- 1) Klien dapat menilai hal positif diri yang dapat digunakan
- 2) Klien dapat memilih hal positif diri yang akan dilatih
- 3) Klien dapat melatih hal positif diri yang telah dilatih
- 4) Klien dapat menjadwalkan penggunaan kemampuan yang telah dilatih

b. Penilaian

No	Nama Klien	Membaca daftar hal positif	Memilih satu hal positif yang akan dilatih	Memperagakan kegiatan positif
1				
2				
3				
4				

3.6. Terapi Aktivitas Kelompok pada Pasien Isolasi Sosial: Sosialisasi

3.6.1. Sesi 1 : kemampuan memperkenalkan diri

- a. Tujuan: Klien mampu memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, asal, dan hobi

b. Penilaian Kemampuan Perkenalan diri

Kemampuan Verbal

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Menyebutkan nama lengkap					
2	Menyebutkan nama panggilan					
3	Menyebutkan asal					
4	Menyebutkan hobi					
Jumlah						

Pasien disebut mampu bila nilai >2

Kemampuan Nonverbal

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Kontak mata					
2	Duduk tegak					
3	Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai					
4	Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir					
Jumlah						

Pasien dinyatakan mampu bila nilai >2

3.6.2. Sesi 2 : kemampuan berkenalan

a. Tujuan

- 1) Klien mampu memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, asal, dan hobi
- 2) Menanyakan diri anggota kelompok lain: nama lengkap, panggilan, asal, dan hobi

b. Penilaian

Kemampuan Verbal

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Menyebutkan nama lengkap					
2	Menyebutkan nama panggilan					
3	Menyebutkan asal					
4	Menyebutkan hobi					
5	Menanyakan nama lengkap					
6	Menanyakan nama panggilan					
7	Menanyakan asal					
8	Menanyakan hobi					
Jumlah						

Pasien dinyatakan mampu bila nilai >5

Kemampuan Nonverbal

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Kontak mata					
2	Duduk tegak					
3	Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai					
4	Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir					
Jumlah						

Pasien dinyatakan mampu bila nilai >2

3.6.3. Sesi 3 : kemampuan bercakap – cakap

- a. Tujuan: Pasien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok
 - i. Menanyakan kehidupan pribadi kepada satu orang anggota kelompok
 - ii. Menjawab pertanyaan tentang kehidupan pribadi
- b. Penilaian

Kemampuan Verbal Bertanya

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Mengajukan pertanyaan jelas					
2	Mengajukan pertanyaan ringkas					
3	Mengajukan pertanyaan relevan					
4	Mengajukan pertanyaan secara spontan					
Jumlah						

Pasien disebut mampu bila nilai >2

Kemampuan Verbal Menjawab

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Menjawab dengan jelas					
2	Menjawab dengan ringkas					
3	Menjawab dengan relevan					
4	Menjawab dengan spontan					
Jumlah						

Pasien disebut mampu bila nilai >2

Kemampuan Nonverbal

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Kontak mata					
2	Duduk tegak					

3	Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai					
4	Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir					
Jumlah						

Pasien dinyatakan mampu bila nilai >2

3.6.4. Sesi 4 : kemampuan bercakap - cakap topik tertentu

- a. Tujuan: pasien mampu menyampaikan topik pembicaraan tertentu dengan anggota kelompok
 - i. Menyampaikan topik yang ingin dibicarakan
 - ii. Memilih topik yang ingin dibicarakan
 - iii. Memberikan pendapat tentang topik yang dipilih

b. Penilaian

Kemampuan Verbal Menyampaikan Topik

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Menyampaikan topik dengan jelas					
2	Menyampaikan topik secara ringkas					
3	Menyampaikan topik yang relevan					
4	Menyampaikan topik secara spontan					
Jumlah						

Pasien disebut mampu bila nilai >2

Kemampuan Verbal Memilih Topik

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Memilih topik dengan jelas					
2	Memilih topik secara ringkas					
3	Memilih topik yang relevan					
4	Memilih topik secara spontan					
Jumlah						

Pasien disebut mampu bila nilai >2

Kemampuan Verbal Memberi Pendapat

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Memberi pendapat dengan jelas					
2	Memberi pendapat secara ringkas					
3	Memberi pendapat yang relevan					
4	Memberi pendapat secara spontan					
Jumlah						

Pasien disebut mampu bila nilai >2

Kemampuan Nonverbal

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Kontak mata					
2	Duduk tegak					
3	Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai					
4	Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir					
Jumlah						

Pasien dinyatakan mampu bila nilai >2

3.6.5. Sesi 5 : kemampuan bercakap - cakap masalah pribadi

- a. Tujuan: Pasien mampu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi dengan orang lain
 - i. Menyampaikan masalah pribadi
 - ii. Memilih satu masalah untuk dibicarakan
 - iii. Memberi pendapat tentang masalah pribadi yang dipilih

b. Penilaian

Kemampuan Verbal Menyampaikan Topik

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Menyampaikan topik dengan jelas					
2	Menyampaikan topik secara ringkas					
3	Menyampaikan topik yang relevan					
4	Menyampaikan topik secara spontan					
Jumlah						

Pasien disebut mampu bila nilai >2

Kemampuan Verbal Memilih Topik

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Memilih topik dengan jelas					
2	Memilih topik secara ringkas					
3	Memilih topik yang relevan					
4	Memilih topik secara spontan					
Jumlah						

Pasien disebut mampu bila nilai >2

Kemampuan Verbal Memberi Pendapat tentang Masalah

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Memberi pendapat dengan jelas					
2	Memberi pendapat secara ringkas					

3	Memberi pendapat yang relevan					
4	Memberi pendapat secara spontan					
Jumlah						

Pasien disebut mampu bila nilai >2

Kemampuan Nonverbal

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Kontak mata					
2	Duduk tegak					
3	Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai					
4	Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir					
Jumlah						

Pasien dinyatakan mampu bila nilai >2

3.6.6. Sesi 6 : kemampuan bekerjasama

- a. Tujuan: pasien mampu bekerjasama dalam permainan sosialisasi kelompok
 - i. Bertanya dan meminta sesuai dengan kebutuhannya pada orang lain
 - ii. Menjawab dan memberi pada orang lain sesuai dengan perminta
- b. Penilaian

Kemampuan Verbal Bertanya dan meminta

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Bertanya dan meminta dengan jelas					
2	Bertanya dan meminta dengan ringkas					
3	Bertanya dan meminta secara relevan					
4	Bertanya dan meminta secara spontan					
Jumlah						

Pasien disebut mampu bila nilai >2

Kemampuan Verbal Menjawab dan memberi

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Menjawab dan memberi dengan jelas					
2	Menjawab dan memberi secara ringkas					
3	Menjawab dan memberi secara relevan					
4	Menjawab dan memberi secara spontan					
Jumlah						

Pasien disebut mampu bila nilai >2

Kemampuan Nonverbal

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Kontak mata					
2	Duduk tegak					
3	Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai					
4	Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir					
Jumlah						

Pasien dinyatakan mampu bila nilai >2

3.6.7. Sesi 7 : Evaluasi kemampuan sosialisasi

- a. Tujuan: pasien mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan kelompok yang telah dilakukan
- b. Penilaian

Kemampuan Verbal Menyebutkan manfaat 6 kali TAKS

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Menyebutkan manfaat secara jelas					

2	Menyebutkan manfaat secara secara ringkas					
3	Menyebutkan manfaat yang relevan					
4	Menyebutkan manfaat secara spontan					
Jumlah						

Pasien disebut mampu bila nilai >2

Kemampuan Nonverbal

No	Aspek yang Dinilai	Nama Klien				
1	Kontak mata					
2	Duduk tegak					
3	Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai					
4	Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir					
Jumlah						

Pasien dinyatakan mampu bila nilai >2

BAB 4 PENUTUP

Keberhasilan proses pembelajaran sangat tergantung kepada perencanaan program yang akurat, pelaksanaan yang berkualitas dan penilaian yang berkesinambungan secara tepat. Melalui pedoman ini diharapkan proses pembelajaran berlangsung sesuai perencanaan dan mencapai kompetensi akhir yang diharapkan dari setiap mahasiswa.

Demikianlah Modul Pembelajaran dan Praktikum Keperawatan Psikiatri disusun. Semoga bermanfaat dan kami mohon masukan dan kritikan untuk perbaikan selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Keliat, b.a.(2006). *Proses keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta : egc
2. Keliat, b.a.(2004). *Keperawatan jiwa, terapi aktivitas kelompok*. Jakarta : egc
3. Keliat, b.a.(2006). *Proses keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta : egc
4. Keliat, b. A., akemat, s. (2010). *Model praktik keperawatan profesional jiwa*. Jakarta : egc
5. Keliat, b. A., akemat, s., daulima, n. H. C., & nurhaeni, h. (2011). *Keperawatan kesehatan jiwa komunitas: cmhn (basic course)*. Jakarta: egc.
6. Nanda. (2005). *Nursing diagnosis' definition & clasificatian. Nanda international*
7. Sheila I. Videbeck.(2011). *Psychiatric mental health nursing, fifth edition*. Philadelphia:wolters kluwer, lippincot william & wilkins
8. 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.
9. Townsend, mary c. (2009). *Psychiatric mental health nursing: concept of care in evidence based practise (6thed)*. F.a. davis company
10. Fitria, d., natashia, d.,setyaningsih, t., & yeni, v. (2023). Relationship of duration of illness, frequency of hospitalization and severity of symptoms with the incidence of drug withdrawal in patients with mental disorders. *Husada mahakam: jurnal kesehatan, 13*(1), 68-78. <https://doi.org/10.35963/hmj.v13i1.400>.
11. Fitria, d; susanti, h., wardani, i. Upaya menurunkan caregiver strain dan meningkatkan psychological well-being melalui psikoedukasi keluarga dan terapi suportif = the efforts to reduce caregiver strain and improve psychological well-being with family psycho education and supportive therapy. <https://lib.ui.ac.id/detail?id=20489681&lokasi=lokal>
12. Gail, w., mark, s. (2013). *Course overview - role of theadvanced practice nurse & primary care issues of mentalhealth/therapeutic use of self*. School of nursing, theuniversity of texas health science center at san antonio
13. Maslim, r. (2013). *Buku saku diagnosis gangguan jiwa, rujukan ringkas ppdgj-iii dan dsm-5*. Jakarta : pt nuh jaya
14. Sadock, b.j. (2010). Kaplan&sadock buku ajar psikiatri klinis. Ed.2 bahasa indonesia. Jakarta : egc
15. Varcarolis, e. M. (2013). *Essentials of psychiatric mental health nursing: a communication approach to evidence based care.(2nd ed.)*. New york: elsevier
16. Walker, s. (2015). *Psychosocial intervention in mental health nursing*. Los angeles : sage

Nama Mhs : _____
NIM : _____

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Pengkajian Keperawatan Jiwa

Nama Mahasiswa :

NIM :

I. Pengkajian.

Tanggal Pengkajian :

Ruang Rawat :

Tanggal Dirawat :

No. Reg :

Diagnosa Medis :

II. Identitas Klien :

Nama :

Umur :

Status Perkawinan :

Agama :

Suku Bangsa :

Pendidikan :

Alamat :

Sumber Informasi :

III. ALASAN MASUK

IV. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?

() Ya () Tidak

2. Pengobatan sebelumnya.

() Berhasil () Kurang Berhasil () Tidak Berhasil

3.

	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
Aniaya Fisik	() ()	() ()	() ()
Aniaya Seksual	() ()	() ()	() ()
Penolakan	() ()	() ()	() ()
Kekerasan	() ()	() ()	() ()
Tindakan kriminal	() ()	() ()	() ()

Jelaskan No. 1, 2, 3 :

Lampiran 1 : Pengkajian Keperawatan

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

2. Konsep diri

a. Gambaran diri :

b. Identitas diri :

c. Peran Diri :

d. Ideal Diri :

e. Harga Diri :

3. Pembicaraan

- Cepat Keras Gagap Inkoheren
 Apatis Lambat Membisu
 Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

4. Aktivitas Motorik

- Lesu Tegang Gelisah
 Agitasi Tik Grimasen
 Tremor Kompulsif

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

5. Alam perasaan

- Sedih Ketakutan
 Putus asa
 Khawatir Gembira berlebihan

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

Lampiran 1 : Pengkajian Keperawatan

6. Afek

Datar Tumpul Labil

Tidak sesuai

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

7. Interaksi selama wawancara

Bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung

Kontak mata kurang Defensif Curiga

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

8. Persepsi

Halusinasi

Pendengaran Penglihatan Perabaan

Pengecapan Penghidu

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

9. Proses Pikir

Sirkumstansial Tangensial Kehilangan asosiasi

Flight of ideas Blocking

Pengulangan pembicaraan/ persevarasi

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

10. Isi pikir

Obsesi Fobia Hipokondria

Depersonalisasi Ide yang terkait Pikiran magis

Waham :

Agama Somatik Kebesaran Curiga

Nihilistik Sisip pikir Siar pikir

Kontrol pikir

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

11. Tingkat Kesadaran

Bingung Sedasi Stupor

Lampiran 1 : Pengkajian Keperawatan

Disorientasi :
 Waktu Tempat Orang
Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

12. Memori
 Gangguan daya ingat jangka panjang
 Gangguan daya ingat jangka pendek
 Gangguan daya ingat saat ini

Konfabulasi
Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

13. Tingkat konsentrasi dan berhitung
 Mudah beralih Tidak mampu berkonsentrasi
 Tidak mampu berhitung sederhana
Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

14. Kemampuan Penilaian
 Gangguan ringan Gangguan bermakna
Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

15. Daya tilik diri
 Mengingkari penyakit yang di derita
 Menyalahkan hal – hal di luar dirinya
Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

VII.KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan
 Bantuan minimal Bantuan total
2. BAB/BAK
 Bantuan minimal Bantuan tota

Lampiran 1 : Pengkajian Keperawatan

3. Mandi
() Bantuan minimal () Bantuan total
4. Berpakaian/berhias
() Bantuan minimal () Bantuan total
5. Istirahat dan tidur
() Tidur siang lama : s/d
() Tidur malam lama : s/d
() Kegiatan sebelum/sesudah tidur
6. Penggunaan obat
() Bantuan minimal () Bantuan total
7. Pemeliharaan kesehatan
- | Ya | Tidak |
|------------------------|-------|
| Perawatan lanjutan () | () |
| Sistem pendukung () | () |
8. Kegiatan di dalam rumah
- | Ya | Tidak |
|-----------------------------|-------|
| Mempersiapkan makanan () | () |
| Menjaga kerapihan rumah () | () |
| Mencuci pakaian () | () |
| Pengaturan keuangan () | () |
9. Kegiatan di luar rumah
- | Ya | Tidak |
|------------------|-------|
| Belanja () | () |
| Transportasi () | () |
| Lain – lain () | () |

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

VIII. MEKANISME KOPING

Adaaktif

- () Bicara dengan orang lain
() Mampu menyelesaikan masalah
() Teknik relaksasi
() Aktivitas konstruktif
() Olahraga
() Lainnya

Jelaskan :

Maladaaktif

- () Minum Alkohol
() Reaksi lambatberlebih
() Bekerja berlebihan
() Menghindar
() Mencederai diri
() Lainnya

Masalah Keperawatan :

IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

() Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

() Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

() Masalah dengan pendidikan, spesifik

() Masalah dengan pekerjaan, spesifik

() Masalah dengan perumahan, spesifik

() Masalah ekonomi, spesifik

() Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik

() Masalah lainnya, spesifik

Masalah Keperawatan :

X. PENGETAHUAN KURANG TENTANG :

() Penyakit Jiwa

() Sistem pendukung

() Faktor presipitasi

() Penyakit fisik

() Koping

() Obat-obatan

() Lainnya

Masalah Keperawatan :

XI. ASPEK MEDIK

Diagnosa medik :

Terapi medik :

_____,

Mahasiswa

PETUNJUK TEHNIK PENGISIAN FORMAT PENGKAJIAN KESEHATAN JIWA

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

1. IDENTITAS KLIEN

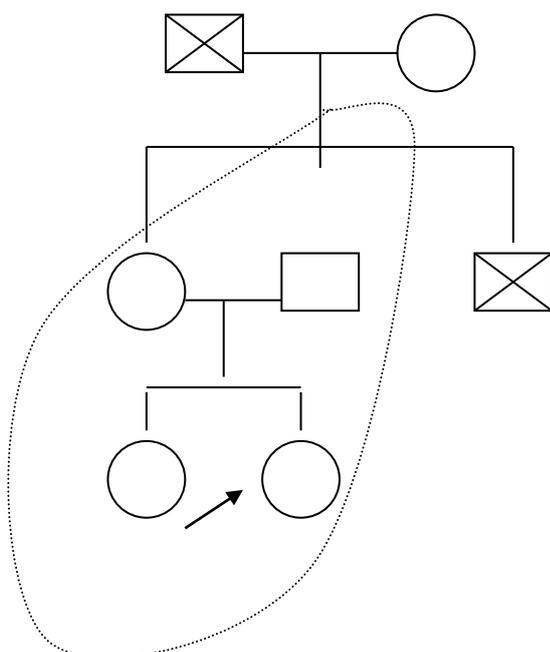
Perawat dan klien melakukan perkenalan dan kontrak tentang : nama perawat, panggilan perawat, nama pasien dan panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan dan topik yang akan dibicarakan.

2. ALASAN MASUK

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

3. FAKTOR PREDISPOSISI

- a. Apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu ?
- b. Bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah :
 - Berhasil : bila dapat beradaptasi dimasyarakat tanpa gejala gangguan jiwa
 - Kurang berhasil : bila dapat beradaptasi dimasyarakat, tapi masih ada gejala sisa
 - Tidak berhasil : tidak ada kemajuan, gejala bertambah atau menetap
- c. Apakah klien pernah melakukan, mengalami aniaya fisik, seksual, penolakan dan kekerasan dalam keluarga.
- d. Apakah klien mempunyai pengalaman dimasa lalu yang tak menyenangkan (kegagalan – kehilangan / perpisahan / kematian dan trauma selama tumbuh kembang).
- e. Buat genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga.



Lampiran 1 : Pengkajian Keperawatan

Ket:

-  = perempuan
 -  = laki-laki
 -  = cerai/putus hubungan
 -  = meninggal
 -  = Orang yang tinggal serumah
-  = klien

Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh atau pengasuh genetik lain yang mempengaruhi adaptasi klien saat ini.

- f. Apakah ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan bagaimana hubungan klien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

4. PEMERIKSAAN FISIK

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

5. STATUS PSIKOSOSIAL

a. Konsep diri :

- 1) Gambaran diri/ citra tubuh:
 - Bagaimana klien menilai tentang dirinya dan bagian tubuh yang disukai dan tak disukai dan hal – hal lain yang ingin diubah dari dirinya.
- 2) Identitas diri :
 - Bagaimana posisi klien dalam keluarga, kelompok atau masyarakat sebelum dirawat.
 - Bagaimana perasaan klien terhadap status dan posisi tersebut (sekolah tempat kerja) bagaimana perasaan / kepuasan klien terhadap jenis kelaminnya.
- 3) Peran diri
 - Tugas dan peran yang diemban klien dalam keluarga / kelompok / masyarakat.
 - Bagaimana kemampuan untuk melaksanakan tugas / peran tersebut.
- 4) Ideal diri :
 - Harapan klien terhadap penyakitnya.
 - Harapan klien terhadap dirinya, posisi, status, tugas dan peran
- 5) Harga diri :
 - Bagaimana hubungan klien dengan orang lain sehubungan dengan gambaran diri, ideal diri, peran dan identitas diri.
 - Bagaimana penilaian dan penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.

b. Hubungan Sosial.

- 1) Siapakah orang yang paling berarti dalam kehidupan klien (tempat mengadu, bicara dan minta bantuan).
- 2) Kelompok yang diikuti klien dalam masyarakat

- 3) Sejauh mana klien terlibat dalam kelompok masyarakat dan hambatan dalam berhubungan sosial

c. Spiritual.

- 1) Nilai dan keyakinan yang dianut oleh klien.
- 2) Kegiatan ibadah secara individu / kelompok.
- 3) Pandangan spiritual terhadap gangguan jiwa
- 4) Pandangan / penilaian masyarakat setempat terhadap gangguan jiwa

d) Pendidikan dan Pekerjaan.

- 1) Tulis jenjang pendidikan klien terakhir.
- 2) Jenis pekerjaan sedang dijalani saat ini.
- 3) Bagaimana perasaan klien dengan status pendidikan dan pekerjaannya (senang, tertekan, tak menyukai dll).
- 4) Bagaimana perasaan klien terhadap situasi tempat kerja.

6. STATUS MENTAL

Beri tanda pada kotak yang disediakan sesuai dengan keadaan klien, boleh lebih dari satu dan jelaskan keadaan klien yang tak tercantum dalam kotak.

a. Penampilan :

- 1) Tidak rapih :
Penampilan dari ujung rambut sampai kaki tidak rapih, rambut acak – acakan, kancing baju tidak tepat, baju terbalik dan baju tidak diganti – ganti.
- 2) Penggunaan pakaian tidak sesuai seperti pakaian dalam dikenakan diluar baju.
- 3) Penggunaan pakaian tidak seperti biasanya (tidak sesuai tempat, waktu, identitas, kondisi)
- 4) Jelaskan apakah klien berpakaian tidak sesuai dengan jenis kelamin atau hal – hal lain yang ditampakan klien dan kondisi tidak tercantum.

b. Pembicaraan :

- 1) Amati pembicaraab klien apakah cepat, gagap dll.
- 2) Pembicaraan inkoheren, bila pembicaraan berpindah – pindah dari satu kalimat ke kalimat lain dan tidak ada kaitannya.

c. Aktivitas Motorik :

- 1) Lesu, tegang, gelisah.
- 2) Agitasi : gerak motorik yang menunjukkan kegelisahan
- 3) TIK : gerakan – gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol
- 4) Kompulsif : kegiatan motorik yang dilakukan berulang ulang
- 5) Tremor : jari – jari gemetar
- 6) Jelaskan aktivitas – aktivitas lain yang ditampilkan klien dengan kondisi yang tidak tercantum seperti : Echopraksiv dll.

d. Alam perasaan :

- 1) Sedih, putus asa, gembira yang berlebihan sudah jelas.

Lampiran 1 : Pengkajian Keperawatan

- 2) Ketakutan : obyek yang ditakuti jelas
- 3) Khawatir : obyek yang ditakuti belum jelas.

e. Afek :

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

f. Interaksi selama wawancara :

- 1) Bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, sudah jelas
- 2) Kontak mata kurang ; tidak mau menatap lawan bicara
- 3) Defensif ; selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya.
- 4) Curiga sikap atau perasaan tidak percaya orang lain

g. Persepsi :

- 1) Beri tanda jenis – jenis halusinasi
- 2) Isi frekwensi, gejala halusinasi yang tampak saat klien berhalusinasi, jelaskan.

h. Proses Pikir :

Mengobservasi pembicaraan klien saat wawancara

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

i. Isi Pikir :

- 1) Obsesi : Pikiran selalu muncul walaupun klien berusaha untuk menghilangkannya.
- 2) Fobia : Ketakutan phatologis dan tidak logis terhadap obyek atau situasi tertentu
- 3) Hypokondria : Keyakinan terhadap gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada
- 4) Depersonalisasi : Perasaan asing terhadap diri sendiri, orang lain atau lingkungan
- 5) Ide yang terkait : Keyakinan klien terhadap kejadian disekitarnya yang bermakna dan terkait dengan dirinya.

Lampiran 1 : Pengkajian Keperawatan

- 6) Pikiran magis : Keyakinan klien tentang kemampuannya untuk hal-hal mustahil diluar kemampuannya
- 7) Waham : Keyakinan klien tidak sesuai dengan kenyataan dan diucapkan berulang – ulang tentang :
 - a) Agama : Suatu agama dan dirinya terpilih sebagai Maha Kuasa.
 - b) Somatik : Tubuhnya sakit atau terganggu
 - c) Kebesaran : Kemampuan atau kekuatan yang istimewa
 - d) Curiga : Kelompok (orang) yang akan merugikan (mencederai dirinya)
 - e) Nihilistik : Dirinya sudah meninggal dunia (tidak ada) putus asa
 - f) Sisip pikir : Ada ide orang lain yang disisipkan didalam pikirannya.
 - g) Siar pikir : Ada orang lain yang mengetahui apa yang sedang dia pikirkan
 - h) Kontrol pikir : Yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar

j. Tingkat Kesadaran :

- 1) Bingung : Tampak bingung dan kacau
- 2) Sedasi : Merasa melayang – layang antara sadar / tak sadar
- 3) Stupor : Gangguan motorik seperti kelakuan, gerakan yang diulang - ulang
- 4) Orientasi waktu, tempat, orang cukup jelas.

k. Memori :

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

l. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung :

- 1) Mudah beralih = perhatian mudah berganti dari satu obyek ke obyek yang lain.
- 2) Tidak mampu berkonsentrasi = klien minta pertanyaannya diulang dan tidak dapat menjelaskan pembicaraan
- 3) Tidak mampu berhitung = tidak dapat melakukan penambahan / pengurangan pada benda – benda nyata.

m. Kemampuan penilaian :

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

n. Daya tilik diri (Insight)

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

7. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

Observasi dan tanyakan pada klien dan keluarga untuk persiapan pulang atau perawatan berkelanjutan dirumah tentang :

a. Makan :

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

b. BAB & BAK :

- 1) Kemampuan klien untuk pergi dan menggunakan serta membersihkan WC.
- 2) Apakah klien membersihkan diri dan merapihkan pakaian.

c. Mandi :

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

d. Berpakaian :

- 1) Kemampuan klien dalam mengambil, memilih dan mengenakan pakaian dan alas kaki.
- 2) Penampilan dandanannya klien
- 3) Frekuensi ganti pakaian

e. Istirahat dan tidur :

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

f. Penggunaan obat :

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

g. Pemeliharaan kesehatan :

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

h. Kegiatan didalam rumah :

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

Lampiran 1 : Pengkajian Keperawatan

i. Kegiatan diluar rumah :

- 1) Apakah klien melakukan perjalanan mandiri dengan jalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum untuk belanja keperluan sehari – hari.
- 2) Kegiatan lain, seperti bayar listrik / telpon / air, kantor pos dan bank.

8. MEKANISME KOPING

Data didapat melalui wawancara pada klien atau keluarga.

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

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

9. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

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

10. PENGETAHUAN

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

11. ASPEK MEDIK

- a. Tulis diagnosa medik yang dirumuskan oleh dokter.
- b. Tulis obat – obatan klien saat ini dan uraikan kegunaan dan side efek setiap obat.

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

Tuliskan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi pada kolom sebelah kanan dari format pengkajian anda.

LAPORAN PENDAHULUAN

I. Kasus :

II. Proses terjadinya masalah :

III. Data yang perlu dikaji :

IV. Pohon masalah dan prioritas diagnosa keperawatan:

V. Rencana tindakan keperawatan :

VI. Referensi :

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KOMUNIKASI KEPERAWATAN

A. Proses Keperawatan

- 1. Kondisi Klien
- 2. Diagnosa Keperawatan
- 3. Tujuan Khusus
- 4. Tindakan Keperawatan

B. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

ORIENTASI

- 1. Salam terapeutik
- 2. Evaluasi/ validasi
- 3. Kontrak: Topik
Waktu
Tempat

KERJA: (langkah-langkah tindakan keperawatan)

- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
- dst

TERMINASI

- 1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan
Evaluasi subjektif
- Evaluasi objektif
- 2. Tindak lanjut klien (apa yang perlu dilatih klien sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan):
.....
- 3. Kontrak yang akan datang
Topik:
Waktu:
Tempat:

**RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN
KLIEN DENGAN**

Nama Klien :
Ruangan :

Diagnosis Medis :
No. RM :

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Implementasi	Rasional
<p>.....</p> <p>TUM:</p> <p>.....</p>	<p>TUK 1:</p> <p>TUK 2:</p> <p>TUK 3:</p> <p>TUK 4:</p> <p>TUK 5:</p> <p>TUK 6:</p>	<p>Setelah ..x.. menit interaksi, klien menunjukkan tanda- tanda...</p> <p>Setelah ..x.. menit interaksi, klien mampu....</p> <p>Setelah ... kali interaksi klien mampu</p>	<p>Sesuaiakan dengan SDKI, SLKI dan SIKI</p>	

PETUNJUK TEKNIS CATATAN ASUHAN KEPERAWATAN

IMPLEMENTASI	EVALUASI
Tgl, jam (1) :	S (6) :
Data (2) :	
Dx Kep (3) :	O (7) :
Tindakan (4) :	A (8) :
RTL (5) :	P (9) : (10).....

Keterangan :

1. Tuliskan tanggal dan jam interaksi yang telah dilakukan dengan pasien.
2. (2) Tuliskan data subyektif dan obyektif awal saat berinteraksi, data ini dapat diperoleh dengan mengobservasi pasien (data obyektif) dan mengevaluasi /memvalidasi apa yang dikeluhkan oleh pasien saat tahap orientasi.
3. Tuliskan diagnosa yang diidentifikasi berdasarkan data obyektif dan subyektif yang diperoleh (no.2), diagnosa Keperawatan yang ditulis adalah semua diagnosis yang diidentifikasi dari data subyektif dan obyektif.

4. Tuliskan tindakan yang dilaksanakan sepanjang interaksi dengan pasien, tindakan yang dilaksanakan tidak terbatas pada satu diagnosis, tetapi gabungan dari berbagai diagnosis.
5. Tuliskan tindak lanjut tindakan keperawatan yang harus diteruskan oleh perawat berdasarkan tindakan yang telah dilaksanakan.
6. Tuliskan semua respon subyektif pasien dari fase kerja sampai dengan terminasi.
7. Tuliskan respon obyektif (hasil observasi) sepanjang fase kerja sampai dengan terminasi.
8. Tuliskan perkembangan diagnosis pasien dan kemampuan pasien setelah tindakan keperawatan
9. Tuliskan aktivitas yang harus diteruskan oleh pasien setelah selesai tindakan.
10. Buat paraf dan nama jelas perawat yang melaksanakan tindakan kepada pasien.

JADWAL AKTIVITAS HARIAN PASIEN

Nama :

Alamat :

No.	Waktu	Kegiatan	Tanggal							Ket.
1.	05.00-06.00									
2.	06.00-07.00									
3.	07.00-08.00									
4.	08.00-09.00									
5.	09.00-10.00									
6.	10.00-11.00									
7.	11.00-12.00									
8.	12.00-13.00									
9.	13.00-14.00									
10.	14.00-15.00									
11.	15.00-16.00									
12.	16.00-17.00									
13.	17.00-18.00									
14.	18.00-19.00									
15.	19.00-20.00									
16.	20.00-21.00									

Keterangan:

- Tuliskan jadwal kegiatan harian pasien pada kolom kegiatan sesuai dengan aktivitas yang dijadwalkan pada pasien
- Tuliskan tanggal pada kolom kegiatan
- Berilah kode: M = mandiri, B = bantuan, dan T = tidak dilakukan pada setiap kegiatan yang telah dilakukan pasien pada kolom di bawah tanggal

PENILAIAN REFLEKSI DIRI

Nama mahasiswa :

Berikan nilai (antara 0-100) yang paling sesuai untuk naskah refleksi diri yang disusun oleh mahasiswa dan selanjutnya berikan UMPAN BALIK TERTULIS pada kolom dibawah ini

Kisaran Nilai	Panduan penilaian
0	Terdapat deskripsi pengalaman belajar tetapi tidak sesuai dengan pemicu (<i>prompt</i>) yang diberikan
55-59	Terdapat deskripsi pengalaman belajar yang sesuai tetapi tidak ada refleksi diri
60-64	Terdapat <i>lessons learned</i> yang telah diidentifikasi, tetapi tidak ditunjukkan hubungan yang eksplisit dengan deskripsi pengalaman/bukti pendukung <i>lessons learned</i> tersebut
65-69	Mengandalkan penilaian diri sendiri seutuhnya, tanpa memasukkan bukti eksternal yang mendukung
70-79	Memasukkan bukti eksternal pendukung <i>lessons learned</i> yang diidentifikasi
80-89	Secara eksplisit merujuk pada pengalaman sebelumnya yang relevan dan menjelaskan bagaimana pengalaman sebelumnya berpengaruh terhadap situasi yang terjadi pada saat ini
90-100	Analisis termasuk bukti eksternal pendukung <i>lessons learned</i> , hubungan dengan pengalaman sebelumnya, dan implikasi yang timbul untuk masa yang akan datang/ langkah berikutnya (<i>action plan</i>)

Catatan:

Penilaian naskah refleksi diri harus tetap memperhatikan aspek bahasa Indonesia yang digunakan dalam tulisan

Umpan balik terhadap naskah refleksi diri mahasiswa

Hal yang sudah benar:
Hal yang masih perlu diperbaiki:

Depok,

Penilai:

**PENILAIAN PENAMPILAN TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN**

Nama mahasiswa:

Tanggal :

No	Kegiatan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
A.	Persiapan		
1	Menjelaskan terapi aktivitas kelompok yang sesuai berdasarkan pengkajian yang ditemukan		
2	Menjelaskan tujuan terapi aktivitas kelompok yang digunakan		
3	Menjelaskan indikasi pasien yang menggunakan terapi aktivitas kelompok tersebut		
B.	Pelaksanaan		
1	Memberikan salam terapeutik		
2	Mengevaluasi dan atau melakukan validasi pada pasien satu per satu		
3	Membuat kontak pertemuan yaitu topik, lama interaksi dan tempat interaksi		
4	Menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan hari ini		
5	Menggunakan sikap yang terapeutik		
6	Menggunakan teknik komunikasi sesuai dengan kemampuan pasien		
7	Melakukan tindakan keperawatan		
7.a	Menjelaskan urutan tindakan yang dilakukan		
7.b	Mencontohkan tindakan yang dilakukan		
7.c	Meminta pasien satu per satu memperagakan cara yang telah dilakukan sampai semua pasien mendapatkan giliran (sesuai dengan bola dan musik berhenti)		
8	Menanyakan perasaan setelah selesai		
9	Memberi kesempatan pasien untuk mengulangi cara yang sudah diajarkan		
10	Menganjurkan pasien berlatih secara mandiri selama tidak bersama dengan perawat		
11	Bersama pasien merancang pertemuan selanjutnya meliputi topik, waktu, dan tempat		
C.	Evaluasi		
1	Menuliskan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan sesuai format		
2	Mencatat hasil evaluasi subjektif dan objektif dari tindakan yang telah dilakukan		
3	Merumuskan analisis hasil tindakan berdasarkan hasil evaluasi		
4	Menuliskan perencanaan bagi perawat dan pasien		
5	Mencantumkan paraf dan nama lengkap		

Jakarta,202.....

Penilai,
(Nama dan Tandatangan)

Lampiran 9 Contoh Proposal TAK

A. TOPIK

TAK stimulasi persepsi : membaca artikel

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum:
 - a. Klien mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh paparan stimulus kepadanya.
2. Tujuan Khusus :
 - b. Klien dapat mempresepsikan stimulus dengan tepat
 - c. Klien dapat selesaikan masalah yang timbul dari sistim yang dialami.
 - d. Klien dapat menyebutkan kembali isi bacaan
 - e. Klien dapat memberikan pendapat pada isi bacaan
 - f. Klien dapat memberikan tanggapan terhadap pendapat klien lain.

C. LANDASAN TEORI

Kelompok adalah kumpulan individu yang memiliki hubungan satu dengan yang lainnya, saling tergantung dan memiliki norma yang sama (Stuart & Larai, 2001). Tujuan kelompok adalah membantu anggotanya dalam membangun hubungan dengan orang lain serta mengubah perilaku yang destruktif dan maladaptif. Fungsi kelompok adalah sebagai tempat saling berbagi pengalaman dan saling membantu satu sama lain, untuk menemukan solusi dari masalah yang dihadapi. Jadi dapat disimpulkan suatu kelompok mempunyai peran yang besar dalam mengubah dan mempengaruhi seseorang terutama menuju hal yang positif.

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) adalah terapi yang dirancang untuk meningkatkan kesehatan psikologis dan emosional pasien dengan masalah keperawatan jiwa dan bertujuan membantu anggota dalam meningkatkan coping dalam mengatasi stressor dalam kehidupan. TAK memiliki tujuan terapeutik dan tujuan rehabilitatif.

Terapi aktivitas kelompok dibagi empat, yaitu terapi aktivitas kelompok stimulasi kognitif/persepsi, terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori, terapi aktivitas stimulasi realita, dan terapi aktivitas kelompok sosialisasi. Pada kesempatan ini perawat akan berfokus pada TAK stimulasi persepsi.

TAK stimulasi persepsi adalah klien dilatih mempresepsikan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Kemampuan persepsi klien dievaluasi dan di tingkatkan pada tiap sesi. Pada kesempatan TAK kali ini, terapis menggunakan stimulus berupa bacaan artikel kepada masing-masing orang, setelah dibaca maka akan ditunjuk beberapa orang untuk menyebutkan kembali isi bacaan, dan yang lainnya diminta untuk berpendapat mengenai apa yang disampaikan temannya.

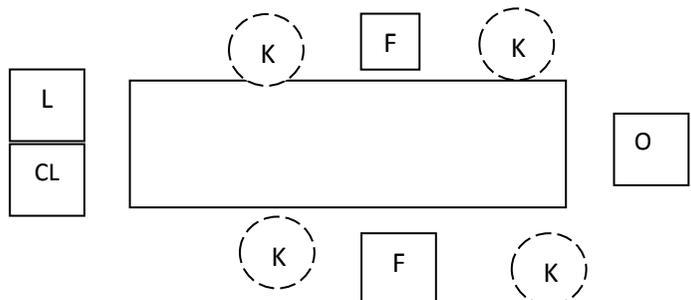
Lampiran 9 Contoh Proposal TAK

D. KLIEN

1. Karakteristik
Klien kooperatif dan dapat diajak bekerjasama. Klien telah mampu berhubungan dengan kelompok kecil. Klien yang sangat diutamakan untuk mengikuti TAK simulasi persepsi ini adalah gangguan persepsi : halusinasi, klie harga diri rendah, klien isolasi social dan perilaku kekerasan
2. Proses seleksi
 - a. Pengkajian oleh mahasiswa
 - b. Klien binaan dan resume mahasiswa
 - c. Klien yang sangat diutamakan untuk mengikuti TAK simulasi persepsi ini adalah gangguan persepsi : halusinasi, klie harga diri rendah, klien isolasi social dan perilaku kekerasan
 - d. Sehat fisik, cukup kooperatif dan dapat memahami pesan yang diberikan
 - e. Mengklarifikasi klien dan bekerja sama dengan perawat ruangan
 - f. Mengadakan kontrak dengan klien
3. Jumlah klien: 8 orang

E. PENGORGANISASIAN

1. Waktu
 - a. Hari/tanggal : Senin, 23 Mei 2011
 - b. Waktu : 10.00 s.d 10.45 WIB (45 menit)
 - c. Tempat : Ruang Makan Antareja
2. Tim terapis
 - Setting: peserta dan terapis duduk bersama dalam lingkaran
 - Lingkungan nyaman dan tenang



Lampiran 9 Contoh Proposal TAK

F. PROSES PELAKSANAAN

a. **Persiapan (10 menit)**

- a. Proposal TAK
- b. Menyiapkan klien. Klien yang sangat diutamakan untuk mengikuti TAK stimulasi persepsi ini adalah gangguan persepsi : halusinasi, klien harga diri rendah, klien isolasi sosial, dan perilaku kekerasan
- c. Membuat kontrak dengan klien
- d. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
- e. Memberi kesempatan kepada peserta untuk memenuhi KDM (BAB, BAK, minum, dll)

b. **Orientasi (5 menit)**

- a. Salam terapeutik
 1. Salam dari terapis
 2. Perkenalkan nama dan panggilan terapis
 3. Membuka sesi TAK dengan berdoa
 4. Menanyakan nama dan panggilan semua klien

b. Evaluasi/validasi

Menanyakan perasaan klien saat ini.

c. Kontrak

- Terapis menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu agar klien mampu menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh paparan stimulus padanya.
- Menjelaskan aturan main
 - Jika ada klien yang akan meninggalkan kelompok, harus meminta ijin kepada terapis dan teman-teman kelompok TAK
 - Lama kegiatan TAK adalah 45 menit
 - Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir

c. **Tahap kerja (25 menit)**

- a. Terapis memperkenalkan diri : nama lengkap, nama panggilan, serta memakai papan nama
- b. Terapis membagikan nametag kepada peserta
- c. Terapis memberikan artikel kepada masing-masing peserta
- d. Terapis meminta peserta membaca dalam hati dalam 10 menit
- e. Terapis meminta peserta untuk menceritakan pendapatnya tentang bacaan yang dibaca
- f. Terapis meminta pendapat peserta lain terhadap pendapat klien sebelumnya.
- g. Berikan pujian/penghargaan atas kemampuan klien memberikan pendapat.
- h. Ulangi c,d,e sampai seluruh peserta kebagian semuanya.

Lampiran 9 Contoh Proposal TAK

i. Terapis memberikan tentang kesimpulan tentang artikel.

d. Tahap terminasi (5 menit)

a. Evaluasi

- Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK
- Memberi pujian terhadap keberhasilan kelompok

b. Rencana tindak lanjut

- Terapis menganjurkan klien untuk melatih kemampuan membaca dan mendiskusikannya pada orang lain.
- Membuat jadwal membaca

c. Kontrak yang akan datang

- Menyetujui TAK yang akan datang
- Menyetujui waktu dan tempat

G. FORMAT EVALUASI

Terlampir

FORMAT EVALUASI STIMULASI PERSEPSI : MEMBACA ARTIKEL

Hari:

Tanggal:

NO.	KRITERIA	NAMA KLIEN									
	1. Klien dapat mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir. 2. Klien dapat memberikan pendapat tentang bacaan 3. Klien dapat memberi tanggapan terhadap pendapat klien lain										

Petunjuk:

1. Tulis nama panggilan klien yang ikut TAK pada kolom nama
2. Untuk tiap klien, beri tanda pada jika klien mampu atau dan tanda jika tidak mampu.

Lampiran 9 Contoh Proposal TAK