

ISBN: 978-602-371-217-5

**BUKU
MODUL**

Blok Keperawatan Jiwa

(NS 362)

Penyusun:

Shanti Wardaningsih, M.Kep., Sp. Kep.Jiwa., PhD

Kellyana Irawati, Ns., M.Kep., Sp. Kep.Jiwa

Romdzati, S.Kep., Ns., MNS

Ema Waliyanti, S.Kep., Ns., MPH



PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
2017

BUKU MODUL

BLOK KEPERAWATAN JIWA

KODE: NS 362

Penyusun:

Shanti Wardaningsih, M.Kep., Sp. Kep.Jiwa., PhD

Kellyana Irawati, Ns., M.Kep., Sp. Kep.Jiwa

Romdzati, S.Kep., Ns., MNS

Ema Waliyanti, S.Kep., Ns., MPH

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
TAHUN AJARAN 2016/2017**

VISI, MISI, DAN TUJUAN

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Visi Program Studi

Menjadi Program Studi Pendidikan Ners yang unggul dalam pengembangan keperawatan klinik berdasarkan nilai-nilai ke-Islaman untuk kemaslahatan umat di Asia Tenggara pada 2022

Misi Program Studi

1. Menyelenggarakan pendidikan ners yang unggul dan Islami.
2. Mengembangkan penelitian yang dapat dijadikan sebagai landasan praktik keperawatan.
3. Menerapkan ilmu keperawatan sebagai bagian dari pengabdian kepada masyarakat untuk kemaslahatan umat.

Tujuan Program Studi

1. Menghasilkan ners yang memiliki kemampuan klinik dan mampu menerapkan nilai-nilai Islami dalam memberikan asuhan keperawatan.
2. Menghasilkan produk penelitian yang dapat digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan ilmu keperawatan.
3. Menghasilkan kegiatan pelayanan berbasis hasil penelitian untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

GAMBARAN BLOK

Blok Keperawatan Jiwa merupakan blok kedua di semester kedua pada tahun ketiga dari kurikulum blok PBL Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UMY. Blok ini membahas tentang konsep dasar Keperawatan Jiwa, masalah Keperawatan Jiwa dan psikodinamikanya, termasuk Keperawatan Jiwa komunitas dengan mengintegrasikan nilai-nilai Islam.

Kegiatan belajar mahasiswa berorientasi pada pencapaian kemampuan berfikir sistematis dan komprehensif dalam mengaplikasikan konsep Keperawatan Jiwa dengan pendekatan asuhan keperawatan. Metode yang digunakan dalam proses pembelajaran sangat variatif yang digunakan untuk mencapai tujuan pembelajaran. Metode pembelajaran yang digunakan antara lain kuliah atau ceramah, tutorial atau *small group discussion*, *field site study*, penugasan, belajar mandiri, dan praktikum *skills* (di mini hospital) yang telah menggunakan pendekatan *student centered learning*. Tujuan pembelajaran dapat dicapai melalui peran aktif mahasiswa selama proses pembelajaran.

Yogyakarta, Maret 2017

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Visi, misi, dan tujuan program studi

Gambaran blok

Daftar isi

Rencana pembelajaran semester

Suplemen

1. Uraian Tugas dan Penilaian Tugas
2. Petunjuk Teknis Tutorial
3. Skenario Tutorial
4. Tata Tertib Praktikum Skills Lab
5. Panduan Praktikum Skills Lab

RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER

Mata Kuliah	: Keperawatan Jiwa
Kode	: NS 362
SKS	: 3,5 SKS (1,5 sks kuliah; 1 sks tutorial; 1 sks skills lab)
Semester	: 6

1. Area Kompetensi

Kompetensi Utama	: <ol style="list-style-type: none">1. Mampu melakukan asuhan keperawatan professional di tatanan klinik dan komunitas (U1)2. Mampu menjalin hubungan interpersonal (U2)3. Mampu melakukan komunikasi efektif (U3)4. Mampu melaksanakan pendidikan kesehatan (U5)5. Mampu menerapkan aspek etik legal dalam praktik keperawatan (U7)6. Mampu melakukan praktik keperawatan yang holistic (U8)
Kompetensi Pendukung	: <ol style="list-style-type: none">1. Mampu menerapkan manajemen dan teknologi dalam pelayanan keperawatan2. Mampu menggunakan bahasa Inggris dalam pelayanan keperawatan3. Mampu memberikan asuhan keperawatan berbasis teknologi informasi
Kompetensi Lainnya	: <ol style="list-style-type: none">1. Mampu menginternalisasikan nilai Islam dan Kemuhammadiyah di pelayanan keperawatan2. Mampu mengintegrasikan terapi komplementer dalam pelayanan keperawatan.
Kompetensi Blok	: Setelah dilakukan perkuliahan ini, diharapkan mahasiswa mampu: <ol style="list-style-type: none">1. Memahami perkembangan pelayanan keperawatan jiwa2. Memahami perkembangan jiwa manusia dan psikodinamika terjadinya masalah kesehatan/keperawatan jiwa3. Menjelaskan berbagai masalah keperawatan jiwa dan psikodinamiknya4. Mengintegrasikan konsep dasar keperawatan jiwa dan masalah keperawatan jiwa dalam asuhan keperawatan jiwa dan keperawatan lainnya5. Menggunakan dirinya secara terapeutik dan terapi modalitas keperawatan mandiri maupun kolaborasi melalui pendekatan

proses keperawatan

6. Menganalisa kecenderungan dan issue dalam keperawatan jiwa
7. Memahami konsep keperawatan jiwa di masyarakat

Referensi Utama

- :
1. Stuart and Laraia, 2005. *The principles and practice of Psychiatric Nursing*, Philadelphia, Mosby Year Book
 2. Stuart, G.W., (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 9th edition. Canada: Mosby Elsevier
 3. Stuart, G.W., (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 9th edition. Canada: Mosby Elsevier
 4. Townsed, mary C. 2009. *Essential of Psychiatric Mental Health Nursing: concepts of Care in Evidence Based Practice*.
 5. Nasir, Abdul. 2011. *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa*.
 6. Stuart,G.W. 2009. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing ,9th Edition*
 7. Horrison A. & Hart C.2006. *Mental Health Care for Nurses: Applying Mental Health Skills inthe General Hospital*.

Referensi Tambahan

- :
1. Shives, Louise Rebraca. 2005. *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*
 2. Steele Rig G, and Roberts, Michael C. 2005. *Handbook of Mental Health Services for Children, Adolescent s and Family*.
 3. Oldfield, Amelia.2006. *Interactive Music Therapy-A Positive Approach*.
 4. Stout,CE & hayes, RA. 2005. *Ebook the Evidence Based Practice : Methods, Models and Tools for Mental Health Profesionals*
 5. Clark, DA & Beck At. 2010. *Cognitive Therapy of Anxiety Disoders : Science and Practice*
 6. Peate, I &Chelvanayagan, S. 2006. *Caring Adult with Mental Health Problems*.
 7. Gorman , LM & Sultan, DF. 2008. *Psychosocial Nursing for General Patient Care*
 8. Sartorius, M & Schulze, H. 2001. *Reducing the Stigma of Mental Illness*.
 9. Tew, J. 2005. *Social Perspective in Mental Health Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*.
 10. Spielberger, CD & Sarason IG. 2005. *Stress and Emotion :*

Anxiety, Anger, and Curiously

11. Arbolada- Flores, J. 2008. *Understanding the Stigma of Mental Health Illness*

12. Ms Sherry. 2006. *Making Sense of Spirituality in Nursing and Health Care Practice : an Interactive Approach*

2. **Karakteristik Mahasiswa**

Blok Keperawatan Jiwa ditujukan bagi mahasiswa Ilmu Keperawatan tahun ke-3 pada semester ke 2. Blok ini berada pada blok ke 2 di semester ke 2 pada kurikulum S1 Ilmu Keperawatan UMY.

3. **Pre-Assessment**

Evaluasi yang digunakan adalah evaluasi proses (formatif) dan evaluasi akhir (sumatif) terdiri dari ujian blok, penugasan, tutorial, dan nilai praktikum. Syarat untuk dapat mengikuti ujian praktikum maupun ujian blok adalah dengan kehadiran minimal sebagai berikut:

1. Kuliah : 75%
2. Tutorial : 100 %
3. Skill Lab : 100 %

4. **Metode Evaluasi**

Nilai akhir dari Blok terdiri atas:

1. 35% hasil MCQ
2. 15% penugasan
3. 25% hasil Tutorial
4. 25% hasil Skill Lab

No	Topik	Sub Topik	Metode	Pengampu	Waktu
1.	Overview Blok	Overview blok Kontrak belajar	Ceramah Diskusi	Kellyana Irawati	1 x 60 menit
2.	Pengenalan institusi pelayanan untuk kesehatan jiwa	Rumah sakit jiwa	<i>Field trip</i>	Ema Waliyanti	2 x 60 menit
3.	Konsep keperawatan jiwa	1. Sejarah dan ruang lingkup keperawatan jiwa 2. Konsep keperawatan jiwa 3. UU Kesehatan Jiwa 4. Komunikasi terapeutik (role play)	Ceramah Diskusi Tugas baca (presentasi)	Kellyana Irawati ,Ns.M.Kep, Sp.Kep.Jiwa	2x 60 menit
4.	Konsep keperawatan jiwa	1. Konsep sehat jiwa dan gangguan jiwa: 2. Kriteria sehat jiwa 3. Kriteria gangguan jiwa 4. Teori stress-adaptasi 5. Model stress-adaptasi 6. Konsep sehat jiwa dan gangguan jiwa menurut Islam	Ceramah Diskusi	Laili Nur Hidayati,Ns.M. Kep, Sp.Kep.J	2x 60 menit
5.	Model-model penanganan terapeutik kep jiwa	1.model psikososial 2.model sosial 3.model interpersonal 4.model ekstensial 5.model biologis/medis	Ceramah Diskusi Metode Jigsaw	Shanti Wardaningsih, PhD	2x 60 menit
6.	Prinsip dasar upaya pencegahan dalam keperawatan jiwa dan perawatan yang berkelanjutan	1. prinsip dasar upaya pencegahan dalam keperawatan jiwa 2. screening gangguan jiwa 3. keperawatan yang berkelanjutan	Ceramah Diskusi	Laili Nur Hidayati,Ns.M. Kep, Sp.Kep.J	2x 60 menit
7.	Peran dan fungsi perawat dalam kesehatan jiwa	1. Peran dan fungsi perawat dalam kesehatan jiwa 2. Kolaborasi dengan disiplin ilmu lain 3. Budaya penanganan kesehatan jiwa di masyarakat	Ceramah Diskusi	Shanti Wardaningsih, PhD	2x 60 menit
8.	Legal etik keperawatan jiwa	Hak-hak pasien jiwa	Membahas Video		1x60 menit
		1. Aspek legal praktik keperawatan Jiwa 2. Dilema etik dalam keperawatan jiwa 3. Contoh pelanggaran etik dalam praktik keperawatan jiwa (misal ECT, “restrain”, pemasangan, <i>family rejection toward psychotic clients</i> , hak otonomi pasien, stigma di masyarakat)	Ceramah Diskusi	Shanti Wardaningsih, PhD	2x 60 menit
9.	Konsep bioneuroimmunologi	1. Review struktur dan fungsi otak 2. psikoneuroimmunologi 3. pengkajian psikoneurologi 4. pemeriksaan penunjang 5. kasus-kasus gangguan jiwa biologis	Ceramah Diskusi	TIM PSPD (Bu Tika).	2x 60 menit
10.	Penggolongan gangguan jiwa berdasarkan DSM IV dan PPDGJ III	1. Penggolongan gangguan jiwa berdasarkan DSM IV 2. Penggolongan gangguan jiwa berdasarkan PPDGJ III 3. Perbedaan antara DSM IV dan PPDGJ III	Ceramah Diskusi	TIM PSPD (Bu Tika).	1x 60 menit
11.	Penatalaksanaan psikofarmakologi dalam praktek keperawatan	1. Prinsip-prinsip psikofarmakologi 2. Farmakokinetik 3. Farmakodinamik 4. Dasar-dasar biologis psikofarmakologis 5. Penggolongan psikofarmaka	Ceramah Diskusi <i>Self study</i>	TIM Farmasi	2x 60 menit

	jiwa				
12.	Proses Keperawatan Jiwa	<ol style="list-style-type: none"> 1. pengertian proses keperawatan 2. langkah-langkah proses keperawatan jiwa 3. analisis proses interaksi (API) 	<p>Ceramah</p> <p>Diskusi</p> <p>Role play</p>	Laili Nur Hidayati, Ns.M. Kep, Sp.Kep.J	2x 60 menit
13.	Gangguan sosial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rentang respon sosial 2. menghubungkan diagnosis medis dengan diagnosis keperawatan 3. Proses Keperawatan pada klien manipulasi 4. proses keperawatan pada klien kesepian 5. proses keperawatan pada klien dengan menarik diri 	<p>Ceramah</p> <p>Diskusi</p>	Heri Setiawan, Ns., M.Kep.Sp.Kep.Jiwa	2x 60 menit
14.	Gangguan ansietas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rentang respon ansietas 2. Menghubungkan diagnosis medis dengan diagnosis keperawatan 3. Proses Keperawatan pada klien ansietas dengan penyakit kronis 4. Proses keperawatan pada klien <i>Ansietas dengan penyakit kronis</i> 5. Proses keperawatan pada klien dengan <i>ketidakberdayaan dan keputus asa</i> 	<p>Diskusi</p> <p>Tutorial</p>	TIM	4x 60 menit
15.	Gangguan konsep diri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rentang respon konsep diri 2. menghubungkan diagnosis medis dengan diagnosis keperawatan 3. Proses Keperawatan pada klien harga diri rendah 4. Skrining kesehatan jiwa pada mahasiswa PSIK semester 2,4,6 dan 8. 	<p>Ceramah</p> <p>Diskusi</p> <p>presentasi</p>	Kellyana Irawati, Ns.M.Kep, Sp.Kep.Jiwa	2x 60 menit
16.	Gangguan psikofisiologis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rentang respon psikofisiologis 2. Menghubungkan diagnosis medis dengan diagnosis keperawatan 3. Menghubungkan diagnosis medis dengan psikosomatis 4. Proses Keperawatan pada klien dengan psikofisiologis 	<p>Ceramah</p> <p>Diskusi</p>	Romdzati, S.Kep., Ns., MNS	2x 60 menit
17.	<i>Schizofrenia disorder</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian <i>schizofrenia disorder</i> 2. Proses terjadinya <i>schizofrenia disorder</i> (faktor Predisposisi dan presipitasi) 3. Terapi dan psikofarmaka pada pasien skizofrenia 4. Masalah keperawatan yang timbul pada <i>schizofrenia disorder</i> (SD) 5. Asuhan keperawatan pada klien dengan SD 	<p>Diskusi</p> <p>Tutorial</p>	Tim	4x 60 menit
18.	<i>Mood Disorder</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian <i>mood disorder (bipolar)</i> 2. Proses terjadinya <i>mood disorder</i> 3. <i>Macam-macam mood disorder</i> 4. Masalah keperawatan yang timbul pada <i>mood disorder</i> (MD) 5. Psikofarmaka dan terapi keperawatan pada 	<p>Presentasi (video, slide, role play)</p>	Kellyana Irawati, Ns.M.Kep, Sp.Kep.Jiwa	2x 60 menit

		klien dengan MD Bipolar			
		6. Asuhan keperawatan pada klien dengan MD			
19.	<i>Substance-related disorder</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian <i>Substance Related Disorder</i> (SRD) 2. Proses terjadinya SRD 3. Masalah Keperawatan pada SRD 4. Macam-macam SRD 5. Hallucinogens and Phencyclidine-related disorders 6. Inhalant-related disorders 7. Amphetamine-related disorder 	Diskusi Tutorial		2x60 menit
		<ol style="list-style-type: none"> 1. caffeine and nicotine-related disorder 2. Alcohol use disorder 3. Opioid-related disorder 4. Cannabis-related disorder 		TIM	2x60 menit
20.	<i>Cognitive Responses and Organic Mental Disorder (CROM)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian Cognitive Responses and Organic Mental Disorder (CROM) 2. Proses terjadinya CROM 3. Masalah keperawatan yang timbul pada CROM 	Diskusi Tutorial	Tim	4x 60 menit
		4. Asuhan keperawatan pada klien dengan CROM	<i>Self study</i>		
21.	<i>Infant, Children, Adolescent Mental Illness</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Macam – macam gangguan pada anak (mis. ADHD, RM, autisme) 2. Proses terjadinya gangguan pada anak dan remaja 3. Masalah keperawatan pada gangguan jiwa anak dan remaja (perilaku menyimpang merokok, Napza, alkohol) 4. Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan tersebut 	Presentasi	Romdzati, S.Kep., Ns., MNS	2x 60 menit
22.	<i>Geropsychiatry Nursing</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian <i>Geropsychiatry Nursing</i>(GN) 2. Perkembangan GN di Indonesia 3. Penanganan-penanganan khusus pada GN 4. Masalah Keperawatan pada GN 5. Asuhan Keperawatan pada GN 	Penugasan III Presentasi	Laili Nur Hidayati,Ns.M. Kep, Sp.Kep.J	2x60 menit
23.	<i>Terapi Modalitas</i>	<p><i>Therapeutic Group</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian <i>therapeutic group</i> 2. Sejarah dan teori yang mendasari <i>Therapeutic Group</i> 3. Macam-macam <i>Therapeutic Group</i> 4. Manfaat atau indikasi dilakukannya <i>Therapeutic Group</i> 5. EBN tentang <i>Therapeutic Group</i> <p><i>Family Therapy</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian <i>Family Therapy</i> 2. Sejarah dan teori yang mendasari <i>Family Therapy</i> 3. Macam-macam <i>Family Therapy</i> 4. Manfaat atau indikasi dilakukannya <i>Family</i> 	Ceramah, diskusi, presentasi.	Heri Setiawan, Ns.,M.Kep.Sp.K ep.J	2x60 menit

		<p><i>Therapy</i></p> <p>5. EBN terkait family therapi</p> <p><i>Cognitive Behavior Therapy</i></p> <p>1. Pengertian Cognitive Behavior Therapy (CBT)</p> <p>2. Sejarah dan teori yang mendasari CBT</p> <p>3. Manfaat atau indikasi dilakukannya CBT</p> <p>4. EBN terkait CBT</p>			
24.	<i>Psychiatry Rehabilitation</i>	<p>1. Pengertian <i>Psychiatry Rehabilitation</i> (PR)</p> <p>2. Sejarah dan teori yang mendasari PR</p> <p>3. Macam-macam PR</p> <p>4. Psychiatric rehabilitation menurut islam</p> <p>5. Manfaat atau indikasi dilakukannya PR</p>	Ceramah diskusi	Shanti Wardaningsih, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Jiwa, PhD	2x60 menit
25.	<i>Community Mental Health Nursing</i> (CMHN)	<p>1. Pengertian CMHN</p> <p>2. Sejarah dan teori yang mendasari <i>CMHN</i></p> <p>3. Pelaksanaan CMHN di Indonesia maupun di Luarnegeri</p> <p>4. Manfaat CMHN</p>	Ceramah diskusi	Shanti Wardaningsih, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Jiwa, PhD	2x 60 menit

2. Cetak Biru Penilaian

Ujian Blok : Jenis soal MCQ

Topik	Level Pencapaian		Jumlah Soal
	Recall	Aplikasi/Analisis	
Konsep Keperawatan Jiwa	10		10
Model-model penanganan terapeutik Keperawatan Jiwa	10		10
Peran dan fungsi perawat dalam kesehatan jiwa	5		10
Legal etik keperawatan jiwa	2	3	5
Bioneuroimunologi	5	5	10
Penggolongan gangguan jiwa berdasarkan DSM IV dan PPGDJ III		5	5
Penatalaksanaan psikofarmakologi dalam praktik keperawatan jiwa	5	5	10
Proses keperawatan jiwa		10	10
Gangguan sosial	5	5	10
Gangguan ansietas	2	3	5
Gangguan konsep diri	2	3	5
Gangguan psikofisiologis	5	5	10
<i>Substance related disorder</i>	5	5	10
TOTAL			110

2. Fasilitas

Program Studi Ilmu Keperawatan FKIK UMY telah dilengkapi fasilitas pendukung pembelajaran yang terdiri atas:

1. Amphiteater untuk perkuliahan yang dilengkapi dengan komputer, LCD *projector*, audio recorder, internet
2. Ruang kuliah ber-AC untuk perkuliahan yang dilengkapi dengan komputer, LCD *projector*, audio recorder, dan hot-spot area
3. Lima belas ruang tutorial untuk *small group discussion* (SGD) dengan kapasitas 12-15 mahasiswa. Ruang tutorial dilengkapi dengan perpustakaan mini, peralatan audiovisual, internet
4. Mini hospital dan laboratorium komunikasi

5. Enam laboratorium biomedis
6. Satu ruang perpustakaan PBL bersama

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner dan Suddarth. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Volume II. Edisi 8. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Guyton & Hall, 1997. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 9, EGC. Jakarta
- Ganong, W.F. 1999. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran* . Jakarta : EGC
- Ignatavicius & Workman. 2006. *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking For Collaborative Care*. 5th Ed. Vol 1. Elsevier Saunders. St. Louis, Missouri. USA.
- Kozier, B. (2008). *Fundamental of nursing: concept, process and practice*. Pearson Education.
- Marion Johnson, dkk. 2012. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Second Edition*. Mosby.
- Mc. Closkey dan Bulechek. 2012. *Nursing Interventions Classification (NIC) Second Edition*. Mosby.
- NANDA. 2015-2017. *Nursing Diagnosis: Definition and Classification*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association.
- Perry, A.G., & Potter, P.A. 2000. *Buku saku keterampilan dan prosedur dasar*. Monika Ester (translator). Jakarta: EGC.
- Porth, C.M., & Matfin, G. 2005. *Pathophysiology: Concept of Altered Health States*. Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins.
- Shives, LR. 2005. *Basic Concept of Psychiatric-Mental Health Nursing*. 6th Edition. Lippincott Williams & Wilkins: New York.
- Sims, K.L., D'Amico, D., Stiesmeyer, J.K., & Webster, J.A. 1995. *Health Assessment in Nursing*. California. Addison-Wesley Publishing.
- Weber and Kelley, 2003, *Health assessment in Nursing*, Second edition, Lippincott Williams and Wilkins.

SUPLEMEN

- 6. Uraian Tugas dan Penilaian Tugas**
- 7. Petunjuk Teknis Tutorial**
- 8. Skenario Tutorial**
- 9. Tata Tertib Praktikum Skills Lab**
- 10. Panduan Praktikum Skills Lab**

1. FIELDTRIP

Mahasiswa dibagi sesuai dengan kelompok praktikum (*skills lab*).

Laporan dikumpulkan lewat ELS selambat-lambatnya satu minggu setelah kegiatan *field trip* berlangsung.

1. TUJUAN

1. Menganalisis fasilitas yang ada pada institusi pelayanan kesehatan jiwa
2. Menganalisis peran dan fungsi ners dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa

2. URAIAN TUGAS

a. Objek Garapan : *Keperawatan jiwa*

b. Batasan yang harus dikerjakan :

1. Mengunjungi Rumah Sakit Ghrasia Yogyakarta
2. Mengidentifikasi sarana dan prasarana yang ada
3. Mengidentifikasi alur penerimaan pasien
4. Mengidentifikasi peran dan fungsi ners

c. Metode/cara pengerjaan (acuan cara pengerjaan) :

1. Mengikuti kegiatan *field trip*
2. Mengikuti penjelasan dari petugas rumah sakit
3. Tour de psychiatric hospital (mengenali jenis-jenis pelayanan keperawatan di rumah sakit jiwa, peran perawat jiwa di masing-masing bangsal (UPI, Maintenance, dan rehabilitasi).
4. Melakukan diskusi dengan petugas di rumah sakit

d. Deskripsi luaran tugas yang dihasilkan :

Resume kegiatan *field trip*

3. KRITERIA PENILAIAN (15%)

1. Komunikasi tertulis

Dimensi	Sangat Memuaskan	Memuaskan	Batas	Kurang Memuaskan	Di bawah standar	SKOR
BAHASA PAPER	Bahasa menggugah pembaca untuk mencari tahu konsep lebih dalam	Bahasa menambah informasi pembaca	Bahasa deskriptif, tidak terlalu menambah pengetahuan	Informasi dan data yang disampaikan tidak menarik dan membingungkan	Tidak ada hasil	

KERAPIAN PAPER	Paper dibuat dengan sangat menarik dan menggugah semangat membaca	Paper cukup menarik, walau tidak terlalu mengundang	Dijilid biasa	Dijilid namun kurang rapi	Tidak ada hasil
KONTEN MATERI	Paper dibuat sesuai dengan uraian tugas yang diberikan, disertai analisis yang akurat disertai referensi	Paper dibuat sesuai uraian tugas dengan analisis berdasarkan asumsi tanpa referensi	Paper dibuat sesuai uraian tugas	Paper dibuat tidak sesuai uraian tugas	Tidak ada hasil

TUGAS MELAKUKAN SKRINING GANGGUAN KESEHATAN JIWA

1. Pembagian kelompok akan diumumkan melalui ELS mahasiswa dibagi menjadi 10 kelompok.
2. Mahasiswa melakukan skrining di komunitas dan di lingkungan kampus menggunakan instrumen yang telah ditetapkan (SRQ)
3. Sistematika laporan:
 1. Cover
 2. Pengantar
 3. Data demografi
 4. Hasil *skrining*
 5. Analisa dan implikasi keperawatan
 6. Daftar pustaka
4. Hasil Skrining dipresentasikan pada saat kuliah dengan bu Laili Nur Hidayati, Ns.M.Kep, Sp.Kep.Jiwa

TUGAS PRESENTASI

1. Mahasiswa dibagi sesuai kelompok tutorial (10 Kelompok)
2. Masing-masing kelompok membuat **Pathway** dengan masalah keperawatan:
 - a. Bunuh Diri
 - b. Defisit Perawatan Diri
 - c. Halusinasi

- d. Waham
- e. Resiko Perilaku kekerasan
- f. Isolasi Sosial

Kelompok	Topik
-----------------	--------------

- | | |
|----|--|
| 1 | Caffeine and nicotine-related disorder |
| 2 | Alcohol disorder |
| 3 | Opioid-related disorder |
| 4 | Cannabis-related disorder |
| 5 | ADHD |
| 6 | RM |
| 7 | Geropsychiatri: anxiety , loneliness, guilt, late-life depression, somatic complaints, paranoid reaction |
| 9 | Terapi modalitas: therapeutic group |
| 10 | Terapi modalitas: family therapy |
| 11 | Terapi modalitas: CBT |
| 12 | Psychiatric rehabilitation |

Dalam modul keperawatan jiwa ini terdapat empat skenario. Masing-masing skenario ditulis dalam bahasa Inggris. Satu skenario diselesaikan dalam dua kali pertemuan selama satu minggu. Mahasiswa dibagi dalam kelompok-kelompok kecil, setiap kelompok terdiri atas sekitar 10 sampai dengan 13 orang mahasiswa dan dibimbing oleh seorang tutor sebagai fasilitator. Dalam diskusi tutorial perlu ditunjuk satu orang sebagai ketua diskusi dan satu orang sebagai sekretaris, keduanya akan bertugas sebagai pimpinan diskusi. Ketua diskusi dan sekretaris ditunjuk secara bergiliran untuk setiap skenario agar semua mahasiswa mempunyai kesempatan berlatih sebagai pemimpin dalam diskusi. Demi kelancaran proses diskusi, mahasiswa perlu memahami peran dan tugas masing-masing dalam tutorial sehingga tercapai tujuan pembelajaran.

Sebelum diskusi dimulai, tutor akan membuka diskusi dengan perkenalan antara tutor dan mahasiswa serta sesama mahasiswa. Setelah itu tutor menyampaikan aturan main secara singkat. Ketua diskusi dibantu sekretaris memimpin diskusi menggunakan 7 langkah atau *seven jumps* untuk mendiskusikan masalah yang ada dalam skenario. *Seven jumps* meliputi:

1. Mengklarifikasi istilah atau konsep
2. Menetapkan permasalahan
3. *Brainstorming*
4. Menganalisis masalah
5. Menetapkan tujuan belajar
6. Mengumpulkan informasi tambahan (belajar mandiri)
7. Melaporkan

1. DEFINISI

1. Mengklarifikasi Istilah atau Konsep

Istilah-istilah dalam skenario yang belum jelas atau menyebabkan timbulnya banyak interpretasi perlu ditulis dan diklarifikasi lebih dulu dengan bantuan kamus umum, kamus kedokteran, farmakope, dan tutor agar setiap anggota kelompok mengerti.

2. Menetapkan Permasalahan

Masalah-masalah yang ada dalam skenario diidentifikasi dan dirumuskan dengan jelas dalam bentuk pertanyaan-pertanyaan.

3. *Brainstorming*

Pengetahuan yang sudah dimiliki oleh tiap anggota kelompok dikeluarkan dan dikumpulkan tanpa dianalisis. Pada proses ini dibuat sebanyak mungkin penjelasan dan hipotesis.

4. Menganalisis masalah

Penjelasan dan hipotesis yang sudah ditetapkan didiskusikan secara mendalam dan dianalisis secara sistematis. Pada langkah ini setiap anggota kelompok dapat mengemukakan penjelasan tentatif, mekanisme, hubungan sebab akibat, dan lain-lain tentang permasalahan.

5. Menetapkan tujuan belajar atau *learning objective* (LO)

Pengetahuan atau informasi-informasi yang dibutuhkan untuk menjawab permasalahan dirumuskan dan disusun secara sistematis sebagai tujuan belajar atau tujuan instruksional khusus (TIK). Hal ini dijadikan landasan aktivitas pembelajaran tiap anggota kelompok.

6. Mengumpulkan Informasi Tambahan (Belajar Mandiri)

Kebutuhan pengetahuan yang ditetapkan sebagai tujuan belajar untuk memecahkan masalah dicari dalam bentuk belajar mandiri melalui akses informasi melalui internet, jurnal, perpustakaan, kuliah dan konsultasi pakar. Setelah studi literatur, anggota kelompok mempersiapkan diri untuk melaporkan yang telah diperoleh kepada kelompok tutorial.

7. Melaporkan

Setelah setiap anggota kelompok melaporkan hasil belajar mandiri, dilakukan diskusi berdasarkan literatur yang digunakan. Anggota kelompok mensintesis, mengevaluasi dan menguji informasi baru hasil belajar mandiri setiap anggota kelompok. Setiap skenario akan diselesaikan dalam satu minggu dengan dua kali pertemuan. Langkah 1 s/d 5 dilaksanakan pada pertemuan pertama, langkah 6 dilakukan di antara pertemuan pertama dan kedua. Langkah 7 dilaksanakan pada pertemuan kedua.

Tutor yang bertugas sebagai fasilitator akan mengarahkan diskusi dan membantu mahasiswa dalam cara memecahkan masalah tanpa harus memberikan penjelasan atau kuliah mini. Dalam diskusi tutorial, tujuan pembelajaran umum atau *general learning objective* dapat digunakan sebagai pedoman untuk menentukan tujuan belajar khusus. Ketua diskusi memimpin diskusi dengan memberi kesempatan setiap anggota kelompok untuk dapat menyampaikan ide dan pertanyaan, mengingatkan bila ada anggota kelompok yang mendominasi diskusi serta memancing anggota kelompok yang pasif selama proses diskusi. Ketua dapat mengakhiri *brainstorming* bila dirasa sudah cukup dan memeriksa sekretaris apakah semua hal penting sudah ditulis. Ketua diskusi dibantu sekretaris bertugas menulis hasil diskusi dalam *white board*, *flipchart* atau komputer.

Dalam diskusi tutorial perlu dimunculkan *learning atmosphere* disertai iklim keterbukaan dan kebersamaan yang kuat. Mahasiswa bebas mengemukakan pendapat tanpa khawatir apakah pendapatnya dianggap salah, remeh dan tidak bermutu oleh teman lain, karena dalam tutorial yang lebih penting adalah bagaimana mahasiswa berproses memecahkan masalah dan bukan kebenaran pemecahan masalahnya.

Proses tutorial menuntut mahasiswa agar aktif dalam mencari informasi atau belajar mandiri untuk memecahkan masalah. Belajar mandiri dapat dilakukan dengan akses informasi baik melalui internet (jurnal ilmiah terbaru), perpustakaan (*text book* & laporan penelitian), kuliah dan konsultasi pakar.

2. SKILL MAHASISWA DALAM PBL

Preliminary discussion

Langkah	Deskripsi	Ketua	Sekretaris
1.	<p>Klarifikasi istilah-istilah asing</p> <p>Istilah-istilah asing dalam teks diklarifikasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajak anggota kelompok untuk membaca permasalahan 2. Mengecek anggota sudah membaca permasalahan 3. Mengecek jika terdapat istilah asing dalam permasalahan 4. Menyimpulkan dan meneruskan langkah selanjutnya 	Menuliskan istilah-istilah asing
2.	<p>Definisi permasalahan</p> <p>Kelompok tutorial mendefinisikan permasalahan dalam bentuk pertanyaan-pertanyaan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bertanya pada kelompok tentang definisi permasalahan yang mungkin terjadi 2. Mengakomodir berbagai pendapat anggota kelompok 3. Mengecek apakah anggota puas dengan definisi permasalahan 4. Menyimpulkan dan meneruskan langkah selanjutnya 	Menuliskan definisi permasalahan
3.	<p>Brainstorming</p> <p>Mengaktifkan dan menentukan pengetahuan dasar yang telah dimiliki, serta membuat hipotesis</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan semua anggota kelompok untuk berkontribusi satu persatu 2. Meringkas kontribusi anggota kelompok 3. Menstimulasi semua anggota kelompok untuk berkontribusi 4. Menyimpulkan pada akhir langkah <i>brainstorming</i> 5. Memastikan bahwa proses analisis kritis dari seluruh kontribusi ditunda sampai langkah selanjutnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat ringkasan singkat dan jelas dari kontribusi 2. Membedakan antara poin-poin utama dan persoalan tambahan
4.	<p>Analisis masalah</p> <p>Penjelasan dan hipotesis didiskusikan secara mendalam</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan bahwa semua poin dari <i>brainstorming</i> didiskusikan 2. Meringkas kontribusi anggota kelompok 3. Mengajukan pertanyaan untuk memperdalam diskusi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat ringkasan singkat dan jelas dari kontribusi 2. Mengindikasikan hubungan antara

Langkah	Deskripsi	Ketua	Sekretaris
	dan dianalisis secara sistematis dan berhubungan satu sama lain	<ol style="list-style-type: none"> 4. Memastikan bahwa diskuis kelompok tidak menyimpang dari subyek 5. Menstimulasi anggota kelompok untuk mencari hubungan antar topik 6. Menstimulasi semua anggota kelompok untuk berkontribusi 	topik dan membuat skema
5.	<p>Membuat tujuan pembelajaran</p> <p>Menentukan pengetahuan yang kurang dimiliki oleh kelompok dan membuat tujuan pembelajaran berdasarkan topik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan tujuan pembelajaran yang mungkin dicapai 2. Mengakomodir berbagai pendapat anggota kelompok 3. Mengecek apakah anggota puas dengan tujuan pembelajaran yang dibuat 4. Mengecek apakah semua ketidakjelasan dan kontradiksi dari analisis permasalahan telah dikonversi menjadi tujuan pembelajaran 	Menulis tujuan pembelajaran

Tahap Pelaporan

Langkah	Deskripsi	Ketua	Sekretaris
7.	<p>Pelaporan</p> <p>Setelah mencari dari literatur, dilaporkan dan jawaban tujuan pembelajaran didiskusikan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempersiapkan struktur tahap pelaporan 2. Menginventaris sumber yang telah digunakan 3. Mengulangi setiap tujuan pembelajaran dan menanyakan apa yang telah ditemukan 4. Meringkas kontribusi anggota kelompok 5. Mengajukan pertanyaan untuk memperdalam diskusi 6. Menstimulasi anggota kelompok untuk mencari hubungan antar topik 7. Menstimulasi semua anggota 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat ringkasan singkat dan jelas dari kontribusi 2. Mengindikasi hubungan antara topik dan membuat skema 3. Membedakan antara poin-poin utama dan persoalan tambahan

- kelompok untuk berkontribusi
8. Menyimpulkan diskusi tiap tujuan pembelajaran beserta ringkasan

SKENARIO – SKENARIO TUTORIAL:

1. *NAPZA*
2. *Ansietas pada pasien penyakit kronis*
3. *Cognitive Responses Organic Mental Disorder (CROM)*
4. *Schizophrenia disorder*

TUTORIAL 1

1. General Learning Objective:

After completion this tutorial activity, students are able to understand on Substance Related Disorder

I'm fly..

Client aged 18 years were treated in rehab for amphetamine dependence. When questioned by a nurse, the client seemed still withdrawal (withdrawal syndrome), slurred speech, hallucinations, severe drowsiness and red eyes.

2. Students task:

Make questions as much as possible related to the scenario!

3. Method of study:

Small Group Discussion (SGD) employing the seven jump steps

4. Learning Objective:

MINIMAL THEORETICAL QUESTION AND ALTERNATIVE ANSWER

TUTORIAL 2

1. General Learning Objective:

After completion of this tutorial activity, students are able to understand *anxiety on chronic illness*

How about me...

Women 37 years old admitted to the surgical ward with a diagnosis diabetes mellitus.

Currently, patients are worried with the condition, who is caring for her son when she was admitted to hospital. The patient will not eat, could not sleep, anxiety, and repeatedly asked if he could recover. Nurses teach her to use thought stoping and dhikr

2. Students task:

Make questions as much as possible related to the scenario!

3. Method of study:

Small Group Discussion (SGD) employing the seven jump steps

4. Learning Objective:

MINIMAL THEORETICAL QUESTION AND ALTERNATIVE ANSWER

TUTORIAL 3

1. General Learning Objective:

General Learning Objective: After completion of this tutorial activity, students are able to understand about Cognitive Responses and Organic Mental (CROM)

SKENARIO 3

A 40-year-old man, was taken by his family because of severe headache. His wife said that her husband often experience severe headache and fainted several times. Moreover, her husband is also changing behavior of approximately two months. Her husband often angry for no reason, irritable, and they killed his wife and children. After CT scan of the head was found a tumor in the frontal area.

2. Students task:

Make questions as much as possible related to the scenario!

3. Method of study:

Small Group Discussion (SGD) employing the seven jump steps

4. Learning Objective:

MINIMAL THEORETICAL QUESTION AND ALTERNATIVE ANSWER

TUTORIAL 4

1. General Learning Objective

General Learning Objective: After completion of this tutorial activity, students are able to understand about *Schizophrenia Disorder*

SCENARIO 4

Split Mind...

A Man, 28 years old was taken to the mental hospital for five times by the family. His Family said the patient had 2 weeks of sleeplessness, wandering, do not want to take care of themselves, talking with himself, laughing to himself, and already withdrawal for a month and never control to the hospital. Patient report hearing voices that told him and the greatest superhero. Patient received 2.5 mg / 8 hours of risperidone. Nurses planning interventions using SP (Implementation Strategy) for Hallucinations.

2. Students task:

Make questions as much as possible related to the scenario!

3. Method of study:

Small Group Discussion (SGD) employing the seven jump steps

4. Learning Objectif:

MINIMAL THEORETICAL QUESTION AND ALTERNATIVE ANSWER

Praktikum Skills Lab

1. Penjelasan Umum

Praktikum Skills Lab dilakukan di Mini Hospital PSIK FKIK UMY sesuai jadwal yang telah ditentukan. Mahasiswa akan dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil dengan jumlah mahasiswa sebanyak maksimal 10 mahasiswa per kelompok. Masing-masing kelompok akan dibimbing secara intensif oleh instruktur praktikum dengan fasilitas yang tersedia di Mini Hospital. Mahasiswa dituntut untuk berperan aktif dalam proses praktikum dan diharapkan semua mahasiswa mampu mendemonstrasikan skill yang sedang dipraktikkan. Selain kegiatan praktikum di bawah bimbingan instruktur, mahasiswa juga mempunyai kesempatan untuk belajar mandiri sesuai jadwal yang telah ditentukan. Di akhir kegiatan praktikum, mahasiswa wajib untuk mengikuti ujian skills (OSCE).

2. Ujian Skills Lab

Ujian praktikum blok dilakukan pada akhir masa praktikum. Ujian ini bertujuan untuk mengetahui penyerapan mahasiswa tentang praktikum yang telah dijalankan dan mengetahui kemampuan mahasiswa dalam melakukan praktikum. Bahan-bahan ujian terutama dari bahan praktikum dan teori.

3. Sistem Penilaian

Penilaian praktikum meliputi :

1. Ujian OSCE sebesar 50 %
2. Praktikum sebesar 50 %
 1. Pretes
 2. Proses Praktikum
 3. Postes

4. Tata Tertib Skills Lab

• Sebelum praktikum, mahasiswa:

1. Datang 15 menit sebelum praktikum dimulai.
2. Memakai seragam biru-biru.
3. Memakai *name tag*.
4. Baju atasan menutupi pantat dan tidak ketat.
5. Bagi mahasiswa putri:
 1. Baju bawahan longgar dan menutupi mata kaki.
 2. Memakai jilbab biru polos, tanpa poni dan buntut.
 3. Memakai sepatu tertutup dan berhak rendah, bukan sepatu karet, warna sepatu hitam, memakai kaos kaki.
 4. Tidak berkuku panjang dan tidak menggunakan pewarna kuku.
 5. Tidak memakai cadar.

Bagi mahasiswa putra:

1. Memakai seragam biru-biru.
2. Celana longgar, bukan celana pensil.
3. Rambut rapi, tidak melebihi krah baju, tidak menutupi mata dan telinga.

4. Tidak beranting dan bertato.
 5. Memakai sepatu tertutup berwarna hitam dan memakai kaos kaki.
 6. Tidak berkuku panjang dan memakai perhiasan dalam bentuk apapun.
 6. Mahasiswa sudah siap didalam ruangan maksimal 15 menit sebelum praktikum dimulai.
 7. Apabila alat, bahan, dan mahasiswa belum siap dalam 15 menit setelah jam praktikum berjalan, maka mahasiswa tidak diijinkan untuk mengikuti praktikum.
- **Selama praktikum, mahasiswa:**
 1. Melakukan pretes.
 2. Mengikuti praktikum dari awal sampai akhir dengan aktif dan baik.
 3. Melakukan postes.
 4. Apabila mahasiswa terlambat lebih dari 15 menit, maka tidak diperkenankan mengikuti praktikum.
 - **Setelah praktikum, mahasiswa:**
 1. Mengembalikan dan merapikan alat, bahan dan ruangan dengan rapi pada tempatnya.
 2. Mengisi daftar presensi mahasiswa.
 3. Memberikan evaluasi terhadap proses berjalannya praktikum melalui instruktur masing-masing.

TOPIK-TOPIK PRAKTIKUM:

1. Komunikasi terapeutik dengan klien gangguan jiwa
2. Pengkajian keperawatan kesehatan jiwa
3. Asuhan keperawatan pasien halusinasi dan perilaku kekerasan
4. Terapi aktivitas kelompok
5. Restrain

TOPIK I

KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN KLIEN GANGGUAN JIWA

Disusun oleh:

Ns. Shanti Wardaningsih., M.Kep., Sp.Kep.Jiwa., PhD

Ns. Romzati, S.Kep., MNS

Ns Kellyana Irawati., M.Kep., Sp.Kep.Jiwa

Tujuan Pembelajaran :

Setelah mengikuti Praktikum, diharapkan mahasiswa mampu mendemostrasikan cara berkomunikasi dengan klien gangguan jiwa.

Skenario :

Seorang wanita usia 30 tahun dirawat di ruang rawat inap sejak lima hari yang lalu. Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa klien sering bicara dan menangis sendiri sejak kematian anaknya 6 bulan yang lalu.

Bagaimana teknik komunikasi therapeutik pada klien?

Keperawatan Kesehatan jiwa merupakan suatu proses interpersonal yang dapat meningkatkan dan menyeimbangkan perilaku seseorang agar dapat berfungsi dengan baik (Stuart and Laraia, 2001). Lingkup dari keperawatan kesehatan jiwa antara lain individu, keluarga dan komunitas. Dalam melakukan asuhan keperawatan, perawat kesehatan jiwa menggunakan dirinya sendiri secara therapeutik sebagai alat untuk membantu meningkatkan fungsi klien. Sehingga kemampuan menggunakan komunikasi therapeutik sangat penting bagi perawat kesehatan jiwa.

Elemen-elemen yang harus diperhatikan oleh peawat dalam melakukan komunikasi therapeutik antara lain :

1. *Personal Qualities*

Kualitas personal merupakan salah satu kunci dari hubungan therapeutik

Elemen-elemen dari kualitas personal antara lain :

1. Kesadaran diri
2. Klarifikasi nilai
3. Eksplorasi perasaan
4. Role modeling
5. Altruisme
6. Etika dan tanggung jawab
2. *Facilitative communication*

Kemampuan perawat kesehatan jiwa untuk menggunakan bahasa verbal maupun non verbal akan menunjang hubungan terapeutik dengan klien.

3. Dimensi Respon

Dimensi respon merupakan elemen yang penting dalam membina hubungan saling percaya dengan klien. Elemen dari dimensi respon antara lain :

1. Kesejatian
 2. Respek
 3. Empati
 4. Konkret
2. Dimensi Tindakan

Elemen dari dimensi tindakan antara lain :

1. Konfrontasi
 2. Kesegeraan
 3. Membuka diri
 4. Emosional katarsis
2. Hambatan dalam hubungan terapeutik

Dalam menjalin hubungan terapeutik dengan klien tidak jarang terjadi hambatan yang mengakibatkan asuhan keperawatan menjadi tidak efektif dan tujuan yang diinginkan tidak tercapai. Hal ini harus diantisipasi oleh perawat sehingga hambatan tidak terjadi atau dapat diatasi dengan baik.

Adapun macam-macam hambatan dalam hubungan terapeutik antara lain :

1. *Resisten*
2. *Transferen*
3. *Countertransferen*
4. Pelanggaran batas

Apabila elemen-elemen komunikasi terapeutik di atas diterapkan dengan baik dan benar maka akan dihasilkan suatu hubungan yang terapeutik antara perawat dan klien.

Selain itu ada 4 tahapan/fase dalam hubungan terapeutik yang bisa digunakan oleh perawat sebagai panduan dalam berkomunikasi, yaitu :

1. Tahap Pra interaksi

Pada tahap pra interaksi perawat belum bertemu dg klien, ada beberapa hal yang harus dikerjakan perawat dalam tahap ini :

1. Mendapatkan informasi ttg klien (dr medical record/sumber lain)
2. Mencari literatur yg berkaitan dg masalah yg dialami klien
3. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri
4. Menganalisis kekuatan dan kelemahan profesional diri
5. Membuat rencana pertemuan dg klien
6. Tipe spesifik data yg akan dicari/kegiatan yg akan dilakukan
7. Metode yg tepat untuk kegiatan
8. Setting ruangan/waktu yg tepat

2. Tahap Orientasi/Perkenalan

Pada tahap orientasi perawat mulai bertemu dg klien. Hal-hal yang dilakukan perawat dalam tahap ini antara lain :

1. Salam terapeutik, membangun iklim percaya, memahami penerimaan dan komunikasi terbuka
2. Memformulasikan kontrak dg klien, komponen kontrak :
 - Nama perawat/klien (panggil klien dengan nama kesukaan).
 - Peran yg diharapkan dari perawat dan klien
 - Tanggung jawab dari perawat dan klien
 - Evaluasi dan validasi tanda dan gejala klien
 - Evaluasi dan validasi kemampuan klien
 - Tujuan
 - Kerahasiaan
 - Harapan
 - Topik kegiatan interaksi
 - Waktu dilakukan interaksi

3. Tahap Kerja

Pada tahap kerja perawat memulai kegiatan yang sudah direncanakan sesuai dengan kondisi klien.

4. Tahap Terminasi

Tahap terminasi merupakan fase yg sulit tapi sangat penting dari hubungan terapeutik perawat-klien. Pada tahap ini perawat menghentikan interaksinya dg klien. Terminasi dapat merupakan terminasi sementara maupun terminasi akhir

Hal-hal yang dilakukan perawat pada tahap ini antara lain :

1. Mengevaluasi kegiatan kerja yg telah dilakukan baik secara kognitif, psikomotor maupun afektif

2. Merencanakan tindak lanjut dg klien
3. Melakukan kontrak (waktu, tujuan, dan topic selanjutnya)
4. Mengakhiri terminasi dg cara yg baik

Setiap klien gangguan jiwa mempunyai respon yang berbeda-beda, sehingga perawat juga harus mempunyai strategi komunikasi yang berbeda juga pada setiap klien.

1. Pada klien yang mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi, strategi yang digunakan adalah dengan :

1. Eksplorasi pengalaman klien terhadap halusinasinya
2. Ungkapkan bahwa perawat mempercayai apa yang dialami oleh klien tetapi ungkapkan juga bahwa perawat tidak mengalami apa yang dialami oleh klien
3. Hindari mendebat klien tentang validitas dari halusinasinya
4. Apabila klien masing merasa ragu tentang apa yang dialami, ajak klien untuk menanyakan pada perawat lain
5. Fokuskan klien pada topik pembicaraan.

2. Pada klien yang mengalami gangguan konsep diri harga diri rendah, strategi yang digunakan adalah :

1. Beri kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan perasaanya
2. Beri support kepada klien untuk menggali eksistensi dirinya
3. Beri reinforcement positif

3. Pada klien waham strategi yang digunakan adalah dengan :

1. Eksplorasi pengalaman klien terhadap wahamnya
2. Hindari berdebat dengan klien tentang isi dari wahamnya
3. Ajak klien untuk melihat kenyataan yang ada

4. Pada klien dengan menarik diri strategi yang digunakan adalah dengan :

1. Eksplorasi perasaan klien
2. Ajak klien untuk secara bertahap mengenal lingkungan sekitarnya
3. Beri reinforcement positif

TEHNIK KOMUNIKASI TERAPETIK.

Tehnik Terapetik

Using silence; tidak melakukan komunikasi verbal.

Accepting; mengindikasikan penerimaan.

Giving recognition; memberitahukan, mengindikasikan kesadaran.

Offering self; ciptakan kebersediaan.

Giving broad openings; biarkan klien berinisiatif untuk menjelaskan topik.

Offering general leads; berikan dorongan untuk meneruskan pembicaraan.

Placing the event in time or in sequence; klarifikasi kapan suatu kejadian berlangsung.

Making observations; katakan apa yang anda lihat.

Encouraging description of perception; tanyakan pada klien untuk memverbalisasi apa

Contoh:

Ya.

Saya mengerti.

Mengganggu.

Anda batuk dan bernafas dalam.

Anda membersihkan rumah anda.

Saya akan duduk bersama anda untuk beberapa saat.

Saya akan tinggal di sini bersama anda.

Apa yang anda ingin bicarakan?

Apa yang anda pikirkan?

Anda ingin memulai dari mana?

Lanjutkan.

Kemudian?

Ceritakan pada saya tentang hal itu?

Apa yang menyebabkan...?

Hal itu sebelum atau sesudah?

Kapan hal itu terjadi?

Anda tampak tegang.

Anda tampak tidak nyaman ketika anda.....

Saya memperhatikan anda menggigit bibir anda.

Saya menjadi tidak nyaman ketika anda.....

yang dirasakannya.

Encouraging comparison; tanyakan mengenai perbedaan dan persamaan.

Reflecting; kembalikan pertanyaan pada klien, perasaan, dan ide. Dukung klien untuk mengungkapkan idenya, sehingga perawat dapat mengetahuinya.

Restating; ulangi apa yang telah dikatakan klien.

Focusing; berkonsentrasi pada satu poin.

Exploring; membahas lebih jauh tentang subjek atau ide.

Seeking clarification; memperjelas segala sesuatu yang tidak bermakna atau rancu.

Presenting reality; membuka kesadaran tentang realitas.

Verbalizing the implied; mengatakan kembali apa yang telah disarankan klien.

Encouraging evaluation; tanyakan untuk mengetahui kualitas pengalamannya.

Kapan anda merasa cemas?

Apa yang terjadi?

Bagaimana anda ingin mengatakannya?

Hal ini seperti sesuatu yang.....

Kapan anda mengalami pengalaman yang berbeda ?

Klien: Anda pikir saya harus mengatakan pada dokter?

Perawat:Anda meragukan kalau hal itu bermanfaat.

Klien: Saya merasa jatuh dan tidak berguna setelah saya pensiun.

Perawat: Anda merasa jatuh dan tidak berguna setelah pensiun?

Ini bukan area yang akan kita fokuskan.

Ceritakan lagi tentang hal itu kepada saya. Maukah anda menjelaskannya lebih jelas?

Saya tidak yakin tentang apa yang telah saya dengar. Apakah yang anda katakan adalah pokok permasalahan yang akan anda bicarakan?

Saya tidak melihat siapapun di sini. Itu suara mobil. Ibu anda tidak di sini.

Klien: Istri saya menyingkirkan saya seperti halnya ibu dan saudara perempuan saya.

Perawat: Apakah anda bermaksud mengatakan bahwa wanita mendominasi?

Bagaimana perasaan anda terkait

Attempting to translate into feelings;
memverbalisasi perasaan yang telah
diekspresikan secara tidak langsung.

Suggesting collaboration; tawarkan untuk
berbagi, bekerjasama dg klien untuk
kemanfaatan klien.

Encouraging formulation of a plan of action;
sampaikan pada klien tentang alternative
tingkah laku yang sesuai dengan kondisi yang
akan datang

dengan....? Apakah hal itu telah membuat
anda tidak nyaman?

Klien: Saya telah dirawat di RS ini selama
6 minggu. Sebaiknya saya mati saja.

Perawat: Nanda berfikir selayaknya anda
tidak bisa sembuh?

Mungkin ini sesuatu yang dapat anda dan
saya teladani bersama.

Apa yang dapat anda lakukan agar
kemarahan anda tidak membahayakan
orang lain? Kalau hal ini terjadi lagi, apa
yang akan anda lakukan untuk
mengatasinya?

CHECK LIST TAHAPAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK

Tahapan	Prosedur		Raw Score					C	D	Score		
			0,1,2,3,4,5					1,2,3	1,2,3	Actual	Max score	
										RxCxD		
Pra Interaksi	1	Mengumpulkan data tentang klien (dari RM/ sumber lain	0	1					2	1		2
	2	Mencari literatur yg berkaitan dg masalah yg dialami klien	0	1					2	1		2
	3	Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri										
	4	Menganalisa kekuatan dan kelemahan professional diri	0	1					1	1		1
	5	Membuat rencana pertemuan dengan klien	0	1					3	1		3
Orientasi	1	Salam terapeutik, membangun iklim percaya, memahami penerimaan dan komunikasi terbuka	0	1	2				1	1		2
	2	Memperkenalkan nama perawat	0	1	2				1	1		1
	3	Menanyakan panggilan kesukaan klien	0	1	2				1	1		1
	4	Memformulasikan kontrak dengan klien :	0	1	2				2	1		4

		<ul style="list-style-type: none"> • Peran yang diharapkan dari perawat dan klien • Tanggung jawab dari perawat dan klien • Tujuan pertemuan • Kerahasiaan • Topik • Waktu • Tempat 									
	5	Beri kesempatan pasien untuk bertanya	0	1				1	1		1
Kerja	1	Menanyakan keluhan utama	0	1	2			3	1		3
	2	Baca basmalah sebelum melakukan tindakan	0	1				2	1		2
	3	Memulai kegiatan dengan cara yang baik	0	1				2	1		2
	4	Melakukan kegiatan yang telah direncanakan	0	1	2			3	1		6
	5	Mempertahankan sikap terbuka	0	1				2	1		2
	6	Mempertahankan kehangatan	0	1				3	1		3
	7	Menunjukkan sikap empati	0	1	2			3	1		3
Terminasi	1	Simpulkan hasil kegiatan	0	1				2	1		2
	2	Mengevaluasi kegiatan kerja yang telah dilakukan baik secara kognitif, psikomotor maupun afektif.	0	1				2	1		2
	3	Memberikan reinforcement positif	0	1				1	1		1
	4	Merencanakan tindak lanjut kegiatan dengan klien	0	1				2	2		2
	5	Melakukan kontrak (waktu, tempat, topic)	0	1				1	1		1
	6	Akhiri kegiatan dengan cara memberi salam	0	1				1	1		1
Dokumentasi	1	Nama dan umur atau nama dan alamat pasien	0	1	2			2	1		4
	2	Diagnosis keperawatan	0	1				2	1		2

	3	Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan	0	1					2	1		2
	4	Evaluasi (S: respon verbal pasien; O: , ; A: analisis masalah keperawatan; P: rencana berikutnya)	0	1	2	3	4		2	1		8
	5	Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1	2				1	1		2
	6	Nama dan tanda tangan ners	0	1	2				1	1		2
Soft Skills	1	Empati	0	1					2	1		2
	2	Teliti	0	1					2	1		2
	3	Hati-hati	0	1					2	1		2
	4	Menunjukkan perilaku profesional	0	1					2	1		2
	5	Pakaian rapi dan tertib sesuai tata tertib	0	1					2	1		2

Nilai	Actual score		Actual	
akhir=	$\frac{\text{Maximum score}}{\text{score}}$	$\times 100 =$	$\frac{\text{score}}{\text{score}}$	$\times 100 =$
			

Keterangan:

Raw score:

0: tidak melakukan

1: melakukan 1

2: melakukan 2

3: melakukan 3

Critically level:

1: kurang kritis

2: kritis

3: sangat kritis

Difficulty level:

1: kurang sulit

2: sulit

3: sangat sulit

TOPIK II

PENGAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Ns. Shanti Wardaningsih., M.Kep., Sp.Kep.Jiwa., PhD

Ns. Romzati, S.Kep., MNS

Tujuan Pembelajaran :

Setelah mengikuti Praktikum, diharapkan mahasiswa mampu mendemostrasikan cara melakukan pengkajian kesehatan jiwa.

Skenario :

Seorang klien laki-laki diantar keluarganya ke UPI RSJ. Klien tampak bingung, komat-kamit dan senyum-senyum sendiri, badan kotor dan bau, dan klien tidak mau memakai baju atasan. Keluarga menyatakan klien sudah 2 minggu tidak minum obat.

Proses terjadinya gangguan jiwa dapat dijelaskan secara rinci berdasarkan pada Model Stres Adaptasi Stuart yang menggambarkan dimensi perilaku klien gangguan jiwa secara komprehensif. Dimensi tersebut meliputi: faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, dan mekanisme koping (Stuart & Laraia, 2005)

Gambar 1. Psikodinamika Gangguan Jiwa (Stuart & Laraia,2005)

1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko dipengaruhi oleh jenis dan jumlah sumber risiko yang dapat menyebabkan individu dalam mengatasi stress, baik biologis, psikologis dan sosial budaya (Stuart & Laraia, 2005). Berikut ini penjelasan faktor predisposisi secara rinci:

a. Faktor biologis

Faktor biologis merupakan salah satu faktor yang perlu mendapatkan perhatian penting dalam pengkajian faktor pendukung terjadinya gangguan dalam hubungan sosial. Proses terjadinya gangguan perilaku salah satunya gangguan dalam hubungan sosial, berdasarkan faktor biologis dapat disebabkan oleh adanya kondisi patologis seperti tumor otak, stroke, infeksi otak, selain itu juga terjadinya

ketidakseimbangan dari beberapa neurotransmitter misalnya dopamin, serotonin, norepineprin dan lainnya (Townsend, 2005)

b. Faktor psikologis

Faktor psikologis merupakan faktor penyebab kedua yang dapat mempengaruhi terjadinya gangguan jiwa. Menurut Stuart & Laraia (2005), faktor psikologis meliputi konsep diri, intelektualitas, kepribadian, moralitas, pengalaman masa lalu, koping dan keterampilan komunikasi secara verbal. Faktor psikologis mempengaruhi bagaimana pembentukan harga diri seseorang dimasa yang akan datang.

2. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi yang akan dijelaskan berikut ini merupakan stimulus yang dapat mengancam integritas individu. Menurut Stuart dan Laraia (2005), faktor presipitasi terjadinya masalah isolasi sosial dan harga diri rendah yaitu sumber stressor, sifat stressor, waktu terjadinya stressor dan jumlah stressor. Berikut ini dijelaskan secara rinci mengenai faktor presipitasi terjadinya isolasi sosial dan harga diri rendah :

1. Sifat dari stresor tersebut apakah tergolong komponen biologis, misalnya: penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak. Komponen psikologis, misalnya: stresor terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan seperti adanya *abuse* dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup. Selanjutnya komponen sosial budaya, misalnya: adanya aturan yang sering bertentangan antara individu dan kelompok masyarakat, tuntutan masyarakat yang tidak sesuai dengan kemampuan seseorang, ataupun adanya stigma dari masyarakat terhadap seseorang yang mengalami gangguan jiwa.
2. Asal stresor: internal (dari individu itu sendiri; misalnya terjadinya proses penuaan), eksternal (dari luar individu; misalnya dari keluarga, kelompok masyarakat, dan lingkungan sekitar seperti terjadinya bencana alam, konflik antar masyarakat).
3. Waktu atau lamanya terpapar stresor, yaitu terkait dengan sejak kapan, sudah berapa lama, serta berapa kali kejadiannya (frekuensi). Bila baru pertama kali terkena masalah, maka penanganannya juga memerlukan suatu upaya yang lebih intensif dengan tujuan untuk tindakan pencegahan primer. Dengan kata lain, bahwa semua sumber pendukung yang dimiliki oleh individu, sebaiknya terlibat secara intensif dalam perawatan.
4. Jumlah stresor: berapa kali stresor tersebut pernah dialami oleh individu pada kurun waktu tertentu, karena semakin sering terpapar dan dalam waktu yang berdekatan, maka akan semakin buruk akibat yang akan diterima oleh individu.

3. Penilaian terhadap stresor

Penilaian terhadap stresor merupakan suatu proses evaluasi secara menyeluruh yang dilakukan oleh individu terhadap sumber stres dengan tujuan untuk melihat tingkat kemaknaan dari suatu kejadian yang dialaminya (Stuart & Laraia, 2005). Penilaian terhadap stresor meliputi respon kognitif, afektif, fisiologik, perilaku dan sosial

4. Sumber koping

Sumber koping merupakan pilihan atau strategi bantuan untuk memutuskan mengenai apa yang dapat dilakukan dalam menghadapi suatu masalah. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang dimilikinya baik internal atau eksternal. Sumber koping internal, misalnya motivasi. Motivasi seseorang sangat dipengaruhi oleh berbagai aspek, yaitu untuk memenuhi kebutuhan yang belum terpenuhi, keinginan mencapai tujuan atau prestasi, dan adanya imbalan yang diterima atau prestasi yang didapat. Pada klien dengan isolasi sosial yang terjadi adalah kurangnya motivasi yang timbul dari dalam dirinya. Klien terjadi penurunan motivasi dan tidak percaya diri sehingga klien mengasingkan diri dari lingkungannya.

Sumber koping eksternal berhubungan dengan adanya dukungan sosial, yang merupakan modal untuk menyelesaikan masalah. Dukungan sosial yang diterima dapat berupa dukungan emosional dalam bentuk berbagi perasaan dengan klien, peduli dan menunjukkan kasih sayang, memberikan umpan balik, menjadi pendengar yang baik dan teman bicara serta ketersediaan sarana dan prasarana (Stuart & Laraia, 2005)

5. Mekanisme koping

Mekanisme koping adalah setiap upaya yang diarahkan pada tindakan untuk menghadapi stress, termasuk upaya penyelesaian masalah yang secara langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respons neurobiologik. Menurut Lazarus dan Folkman (1984, dalam Rice, 2000), koping mempunyai dua fungsi utama yaitu mengatasi emosi yang menekan dan mengubah masalah antara individu dan lingkungan yang menimbulkan tekanan. Jika seorang individu mendapatkan tekanan emosi maka individu tersebut akan berusaha mengubah permasalahan yang dihadapi atau mengubah lingkungan sekitarnya Freud (1953 dalam Townsend, 2005) menyatakan bahwa mekanisme koping itu meliputi: kompensasi, *denial*, *displacemet*, identifikasi, intelektualisasi, introyeksi, isolasi, proyeksi, rasionalisasi, reaksi formasi, regresi, represi, sublimasi, supresi, *undoing*.

PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

1. Identitas Pasien

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Alamat :
5. Agama :
6. Pendidikan :
7. Pekerjaan :
8. Tgl. Dirawat :
9. Tgl. Pengkajian :
10. Ruang rawat :
11. No. CM :
12. Dx. Medis :
13. Penanggung jawab :

2. Alasan masuk:

.....
.....

3. Faktor Predisposisi

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?
 - Ya
 - Tidak
2. Pengobatan sebelumnya
 - Berhasil
 - Kurang berhasil
 - Tidak berhasil
3. Trauma

Trauma	Usia	Pelaku	Korban	Saksi
• Aniaya fisik
• Aniaya seksual
• Penolakan
• Kekerasan dalam keluarga
• Tindakan Kriminal

Jelaskan

.....
.....

Masalah Keperawatan:

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

1. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

- Ada :
Hub. Keluarga :
Gejala :
Riwayat pengobatan :
- Tidak ada

Masalah Keperawatan:

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

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan ?

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

Masalah Keperawatan:

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

4. Pemeriksaan fisik

1. Tanda-tanda vital : TD.....mm/Hg, N.....x/mnt, S..... °c,
P.....x/mnt.
2. Ukur : BB.....kg, TB.....cm
3. K

Masalah Keperawatan:

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

5. Psikososial

1. Genogram

Jelaskan:

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

2. Konsep diri

1. Citra /gambaran tubuh

.....

2. Identitas diri

.....

3. Peran

.....

4. Ideal diri

.....

5. Harga diri

.....

Masalah Keperawatan:

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

1. Hubungan sosial

1. Orang yang berarti

2. Peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat

3. Hambatan dalam berhubungan dengan orang-orang lain

Masalah Keperawatan:

4. Spiritual

1. Nilai dan keyakinan

2. Kegiatan ibadah

Masalah Keperawatan:

6. Status Mental

1. Penampilan

- Tidak rapi
- Penggunaan pakaian tidak sesuai
- Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Pembicaraan

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

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

.....
.....

1. Aktifitas motorik

- Lesu
- Tegang
- Gelisah
- Agitasi
- Tic
- Grimace
- Tremor
- Kompulsive

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan:

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

1. Alam perasaan

- Sedih
- Takut
- Putus asa
- Khawatir
- Euphoria

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan:

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

1. Afek

- Datar
- Tumpul
- Labil
- Tidak sesuai

Jelaskan :

.....
.....

1. Interaksi selama wawancara

- B

Masalah Keperawatan:

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

ermusuhan

- Tidak kooperatif

- Mudah tersinggung
- Kontak mata kurang
- Defensif
- Curiga

Jelaskan :

.....
.....

7. Persepsi

H

Masalah Keperawatan:

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

alusiinsi:

- Pendengaran
- Penglihatan
- Peraban
- Pengecapan
- Penghidu

Jelaskan:

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

Isi pikir

- Obsesi
- Phobia
- H

Masalah Keperawatan:

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

ipokondria

- Depersonalisasi
- Ide terkait
- Pikiran magis

Waham:

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

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan:

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

1. Arus pikir

- Sirkumtansial
- Tangensial
- Kehilangan asosiasi
- Flight of idea
- Blocking
- Pengulangan pembicaraan

Jelaskan :

.....
.....

1. Tingkat kesadaran

- Bingung
- Sedasi
- Stupor
- Disorientasi waktu
- Disorientasi orang
- Disorientasi tempat

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan:

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

1. Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang
- Gangguan daya ingat jangka pendek
- Gangguan daya ingat saat ini
- Konfabulasi

Jelaskan :

.....

Masalah Keperawatan:

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

1. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- Mudah beralih
- Tidak mampu berkonsentrasi
- Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan :

.....

Masalah Keperawatan:

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

1. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan
- Gangguan bermakna

Jelaskan :

.....

Masalah Keperawatan:

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

1. Daya tilik diri

- Positif
- Negatif

Jelaskan :

.....

.....

Masalah Keperawatan:

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

7. Kebutuhan perencanaan pulang

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

Jelaskan:

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

Masalah Keperawatan:

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

8. Mekanisme Koping

Adaptif:

- Membicarakan masalah dengan orang lain
- Mampu menyelesaikan masalah
- Menggunakan tehnik relaksasi

- Aktivitas konstruktif
- Distraksi
- Lain-lain.....
- Maladaptif:
- Reaksi lamban/berlebihan
- Mengonsumsi alkohol
- Bekerja berlebihan
- Menghindar
- Mencederai diri
- Lain-lain.....

Jelaskan :

.....

Masalah Keperawatan:

.....

9. Masalah Psikososial dan Lingkungan

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

10. Pengetahuan Kurang tentang

- Gangguan jiwa
- Faktor predisposisi
- Koping
- Sistem pendukung
- Penyakit fisik
- Terapi
- Lain-lain.....

Jelaskan :

.....

Masalah Keperawatan:

.....

ANALISA DATA

No	Data	Masalah
----	------	---------

DS:

DO:

11. Aspek Medik

1. Diagnosa medik:

.....

2. Terapi medik

.....

12. Daftar Masalah Keperawatan

13. Daftar Diagnosa Keperawatan

Petunjuk Teknis Pengisian Format Pengkajian Keperawatan Ji

Setiap melakukan pengkajian, tulis tempat dan tanggal klien dirawat.

1. Identitas.

1. Perawat yang merawat klien melakukan perkenalan dan kontrak dengan klien tentang nama perawat, nama klien, panggilan perawat, panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, dan topic yang akan dibicarakan.
2. Usia, jenis kelamin, alamat, agama, pendidikan, pekerjaan, tanggal dirawat, tanggal pengkajian, ruang rawat, Nomor CM, Dx.enanggung jawab
3. Mahasiswa menuliskan sumber data yang didapat.

2. Alasan masuk.

Tanyakan pada klien dan keluarga:

1. Apa yang menyebabkan klien/ keluarga datang ke rumah sakit saat ini.
2. Apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini.
3. Bagaimana hasilnya.
3. Faktor predisposisi.
1. Tanyakan kepada klien/ keluarga apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, bila ya beri tanda “V” pada kotak “ya” dan bila tidak, beri tanda “V” pada kotak “tidak”.

2. Apabila pada poin 1 jawabannya ya, maka tanyakan bagaimana hasil pengobatan sebelumnya. Apabila dia dapat beradaptasi di masyarakat tanpa gejala-gejala gangguan jiwa, maka beri tanda “V” pada kotak “berhasil”. Apabila dia dapat beradaptasi, tetapi masih ada gejala-gejala sisa, maka beri tanda “V” pada kotak “kurang berhasil”. Apabila tidak ada kemajuan atau gejala-gejala bertambah atau menetap, maka beri tanda “V” pada kotak “tidak berhasil”.
3. Tanyakan kepada klien apakah klien pernah melakukan dan atau mengalami dan atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Beri tanda “V” sesuai dengan penjelasan klien atau keluarga apakah klien sebagai pelaku dan atau korban, dan atau saksi, maka beri tanda “V” pada kotak pertama, isi usia saat kejadian pada kotak kedua. Jika klien pernah sebagai korban, pelaku, dan saksi (2 atau lebih), tuliskan pada penjelasan.
4. Tanyakan kepada klien/keluarga apakah ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa, jika ada beri tanda “V” pada kotak “ya” dan jika tidak, beri tanda “V” pada kotak “tidak”. Apabila ada anggota keluarga lama yang mengalami gangguan jiwa, maka tanyakan bagaimana hubungan klien dengan anggota keluarga tersebut. Tanyakan apa gejala yang dialami serta riwayat pengobatan dan perawatan yang pernah diberikan pada anggota keluarga tersebut.
5. Tanyakan pada klien/keluarga tentang pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan/perpisahan/kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami klien pada masa lalu.

4. Pemeriksaan Fisik.

Pengkajian fisik difokuskan pada system dan fungsi organ:

1. Ukur dan observasi tanda-tanda vital: TD, nadi, suhu, dan pernafasan klien.
2. Ukur tinggi dan berat badan klien.
3. Tanyakan kepada klien/ keluarga apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien, bila ada beri tanda “V” pada kotak “ya” dan bila tidak, beri tanda “V” pada kotak “tidak”.
4. Kaji lebih lanjut sistem dan fungsi organ dan jelaskan sesuai dengan keluhan yang ada.
5. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data yang ada.

5. Psikososial.

1. Genogram.

1. Buatlah genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga.

Contoh genogram:

Perempuan

Laki-laki

Meninggal

Tinggal serumah

Cerai/putus hubungan

Orang yang terdekat

Hamil

Klien

2. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

3. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

2. Konsep diri.

1. Gambaran diri

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

2. Identitas diri

o Status dan posisi klien sebelum dirawat.

o Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok).

o Kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan.

3. Peran

Tanyakan:

o Tugas/ peran yang diemban dalam keluarga/ kelompok/ masyarakat.

o Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/ peran tersebut.

2. Ideal diri

Tanyakan:

o Harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas/peran.

o Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat).

o Harapan klien terhadap penyakitnya.

2. Harga diri

Tanyakan:

o Hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi nomor 2a, b, c, dan d.

o Penilaian/ penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.

f. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data

3. Hubungan sosial.

1. Tanyakan pada klien siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan dan sokongan.

2. Tanyakan pada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.
3. Tanyakan pada klien sejauh mana dia terlibat dalam kelompok masyarakat.
4. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

6. Spiritual.

1. Nilai dan keyakinan

Tanyakan tentang:

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

2. Kegiatan ibadah.

Tanyakan tentang:

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

3. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

7. Status mental.

Beri tanda “V” pada kotak sesuai dengan keadaan klien, boleh lebih dari satu.

1. Penampilan.

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga

1. Penampilan tidak rapih jika dari ujung rambut sampai ujung kaki ada yang tidak rapih. Misalnya: rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak dikunci, baju terbalik, baju tidak diganti-ganti.
2. Penggunaan pakaian tidak sesuai misalnya: pakaian dalam dipakai diluar baju.
3. Cara berpakaian tidak seperti biasanya jika penggunaan pakaian tidak tepat (waktu, tempat, identitas, situasi/kondisi)
4. Jelaskan hal-hal yang ditampilkan klien dan kondisi lain yang tidak tercantum.
5. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

1. Pembicaraan.

1. Amati pembicaraan yang ditemukan pada klien, apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis atau lambat
2. Bila pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain yang tidak ada kaitannya beri tanda “V” pada kotak inkoheren.
3. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum
4. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

3. Aktivitas motorik.

Data ini diadaptkan melalui hasil observasi perawat/ keluarga.

1. Lesu, tegang, gelisah sudah jelas.
2. Agitasi: gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan.
3. Tik:gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol.
4. Grimasen: gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol oleh klien.
5. Tremor:jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menjulurkan dan merentangkan jari-jari.
6. Kompulsif:kegiatan yang dilakukan berulang-ulang dan seperti mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan dan sebagainya.
7. Jelaskan aktivitas yang ditampakkan klien dan kondisis lain yang tidak tercantum.
8. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

4. Alam perasaan.

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga

1. Sedih, putus asa, gembira yang berlebihan sudah jelas
2. Ketakutan:objek yang ditakuti sudah jelas.
3. Khawatir: objeknya belum jelas.
4. Jelaskan kondisi yang tidak tercantum.
5. Masalah keperawatan ditulis sesuai data.

5. Afek.

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga

1. Datar:tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.
2. Tumpul:hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat.
3. Labil:emosi yang cepat berubah-ubah
4. Tidak sesuai:emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada.
5. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.
6. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

6. Interaksi selama wawancara.

Data ini didapatkan melalui hasil wawancara dan observasi perawat dan keluarga

1. Bermusuhan, tidak kooperatif dan mudah tersinggung sudah jelas.
2. Kontak mata kurang, tidak mau menatap lawan bicara.
3. Defensive: selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya
4. Curiga: menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya pada orang lain.
5. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.
6. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

7. Persepsi.

1. Jenis-jenis halusinasi sudah jelas, kecuali penghidu sama dengan penciuman.
2. Jelaskan isi halusinasi, frekuensi, gejala yang tampak pada saat klien berhalusinasi.
3. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

8. Proses pikir.

Data diperoleh dari observasi dan saat wawancara

1. Sirkumstansial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan.
2. Tangensial: Pembicaraan berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan.
3. Kehilangan asosiasi: pembicaraan tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya dan klien tidak menyadarinya.
4. Flight of ideas: pembicaraan yang meloncat dari satu topic ke topic lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan.
5. Bloking: pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.
6. Perseverasi: pembicaraan yang diulang berkali-kali.
7. Jelaskan apa yang dikatakan klien saat wawancara.
8. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

9. Isi pikir

Data didapatkan melalui wawancara.

1. Obsesi: pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha menghilangkannya.
2. Phobia: ketakutan yang patologis/ tidak logis terhadap objek/situasi tertentu.
3. Hipokondria: keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada.
4. Depersonalisasi: perasaan klien yang asing terhadap diri sendiri, orang atau lingkungan.
5. Ide yang terkait: keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi lingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya.
6. Pikiran magis: keyakinan klien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil/diluar kemampuannya.
7. Waham:
 - Agama: keyakinan klien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
 - Somatik: klien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.

- Kebesaran: klien mempunyai keyakinan yang berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
- Curiga: klien mempunyai keyakinan bahwa ada seorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
- Nihilistik: klien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia/ meninggal yang dinyatakan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.

Waham yang bizar

- Sisip pikir: klien yakin ad aide pikiran orang lain yang disisipkan didalam pikiran yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
 - Siar pikir: klien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun dia tidak menyatakan kepada orang tersebut yang dinyatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
 - Kontrol pikir: klien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar.
8. Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara
 9. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

10. Tingkat kesadaran

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

1. Bingung: tampak bingung dan kacau
2. Sedasi: mengatakan merasa melayang-layang antara sadar dan tidak sadar.
3. Stupor: gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang diulang, anggota tubuh klien dapat dikatakan dalam sikap canggung dan dipertahankan klien, tapi klien mengerti semua yang terjadi di lingkungan.
4. Orientasi waktu, tempat, orang jelas.
5. Jelaskan data objektif dan subjektif yang terkait hal-hal diatas.
6. Masalah keperawatan ditulis sesuai data.
7. Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara.

11. Memori

Data diperoleh melalui wawancara

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 yang terjadi satu minggu terakhir.
3. Gangguan daya ingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi.
4. Konfabulasi: pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.
5. Jelaskan sesuai dengan data terkait.
6. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Data diperoleh melalui wawancara.

1. Mudah dialihkan: perhatian klien mudah berganti dari satu objek ke objek lain.
2. Tidak mampu berkonsentrasi: klien selalu minta agar pertanyaan diulang/ tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.
3. Tidak mampu berhitung: tidak dapat melakukan penambahan/pengurangan pada benda-benda nyata.
4. Jelaskan sesuai dengan data terkait.
5. Masalah keperawatan ditulis sesuai data.

13. Kemampuan penilaian

1. Gangguan kemampuan penilaian ringan: dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Contoh: berikan kesempatan kepada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan klien dapat mengambil keputusan.
2. Gangguan kemampuan penilaian bermakna: tidak mampu mengambil keputusan walau dibantu orang lain. Contoh: berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan klien masih tidak dapat mengambil keputusan.
3. Jelaskan sesuai data terkait.
4. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

14. Daya tilik diri

Data diperoleh melalui wawancara.

1. Mengingkari penyakit yang diderita: tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik, emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan.

2. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya: menyalahkan orang lain/ lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.
3. Jelaskan dengan data terkait.
4. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

8. Kebutuhan persiapan pulang.

1. Makan

1. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka/tidak suka/pantang) dan cara makan.
2. Observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2. BAB/BAK

Observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK

- Pergi, menggunakan dan membersihkan WC.
- Membersihkan diri dan merapikan pakaian.

3. Mandi

1. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur(kumis, jenggot dan rambut)
2. Observasi kebersihan tubuh dan bau badan.

4. Berpakaian

1. Observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih dan mengenakan pakaian dan alas kaki.
2. Observasi penampilan dandanan klien.
3. Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian.
4. Nilai kemampuan yang harus dimiliki klien: mengambil, memilih dan mengenakan pakaian.

5. Penggunaan obat

Observasi dan tanyakan kepada klien dan keluarga tentang:

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

6. Istirahat dan tidur

Observasi dan tanyakan tentang:

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

7. Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan kepada klien dan keluarga tentang:

- Apa, bagaimana, kapan dan kemana, perawatan dan pengobatan lanjut.

- Siapa saja system pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.

8. Kegiatan di dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam:

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

9. Kegiatan di luar rumah

Tanyakan kemampuan klien

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

9. Mekanisme koping.

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

10. Masalah psikososial dan lingkungan.

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

11. Pengetahuan.

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

12. Aspek Medik.

Tuliskan diagnosa medik klien yang telah dirumuskan oleh dokter yang merawat.

Tuliskan obat-obatan klien saat ini, baik obat fisik, psikofarmaka dan terapi lain.

13. Daftar masalah keperawatan.

Tuliskan semua masalah disertai data pendukung, yaitu data subjektif dan data objektif.

14. Daftar diagnosa keperawatan.

1. Rumuskan diagnosis dengan rumusan P (permasalahan) dan E (etiologi) berdasarkan pohon masalah.
2. Urutkan diagnosis sesuai dengan prioritas.

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

TOPIK III

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN HALUSINASI DAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

HALUSINASI

Ns. Shanti Wardaningsih., M.Kep., Sp.Kep.Jiwa., PhD

Ns. Romzati, S.Kep., MNS

Ns Kellyana Irawati., M.Kep., Sp.Kep.Jiwa

A. Tujuan Pembelajaran :

Setelah mengikuti Praktikum, diharapkan mahasiswa mampu mendemostrasikan cara melakukan pengkajian kesehatan jiwa.

1. Melakukan pengkajian pada pasien halusinasi
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pasien halusinasi
3. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien halusinasi
4. Melaksanakan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien dengan halusinasi
5. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien halusinasi

Skenario :

Seorang laki-laki usia 40 tahun, telah dirawat di RS Jiwa selama 1 minggu. Klien telah tampak tenang, namun klien masih tampak sering bicara sendiri, komat kamit dan tertawa tanpa sebab. Apa intervensi yang dapat dilakukan perawat?

6. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien dengan halusinasi

B. Pengkajian Pasien Halusinasi

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana pasien mengalami perubahan sensori persepsi; merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada.

Pada proses pengkajian, data penting yang perlu saudara dapatkan adalah:

1. Jenis halusinasi:

Berikut adalah jenis-jenis halusinasi, data obyektif dan subyektifnya. Data obyektif dapat Saudara kaji dengan cara mengobservasi perilaku pasien, sedangkan data subjektif dapat Saudara kaji dengan melakukan wawancara dengan pasien. Melalui data ini perawat dapat mengetahui isi halusinasi pasien

Jenis halusinasi

Data Obyektif

Data Subjektif

Halusinasi Dengar/suara	Bicara atau tertawa sendiri Marah-marah tanpa sebab Menyedengkan telinga ke arah tertentu Menutup telinga	Mendengar suara-suara atau kegaduhan. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
Halusinasi Penglihatan	Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau monster
Halusinasi Penghidu	Menghidu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu. Menutup hidung.	Membaui bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
Halusinasi Pengecapan	Sering meludah Muntah	Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
Halusinasi Perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	Mengatakan ada serangga di permukaan kulit Merasa seperti tersengat listrik

2. Isi halusinasi

Data tentang isi halusinasi dapat saudara ketahui dari hasil pengkajian tentang jenis halusinasi (lihat nomor 1 diatas).

3. Waktu, frekwensi dan situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi

Perawat juga perlu mengkaji waktu, frekuensi dan situasi munculnya halusinasi yang dialami oleh pasien. Kapan halusinasi terjadi? Apakah pagi, siang, sore atau malam? Jika mungkin jam berapa? Frekuensi terjadinya apakah terus-menerus atau hanya sekali-kali? Situasi terjadinya apakah kalau sendiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadinya halusinasi, menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi. Sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya. Dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi dapat direncanakan frekuensi tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi.

4. Respons halusinasi

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul. Perawat dapat menanyakan pada pasien hal yang dirasakan atau dilakukan saat halusinasi timbul. Perawat dapat juga menanyakan kepada keluarga atau orang terdekat dengan pasien. Selain itu dapat juga dengan mengobservasi perilaku pasien saat halusinasi timbul.

C. Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan data subyektif dan obyektif yang ditemukan pada pasien

Gangguan sensori persepsi: halusinasi

D. Tindakan Keperawatan Pasien Halusinasi

1. Tindakan Keperawatan untuk Pasien

a. Tujuan tindakan untuk pasien meliputi:

1. Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya
2. Pasien dapat mengontrol halusinasinya
3. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

b. Tindakan Keperawatan

1) Membantu pasien mengenali halusinasi.

Untuk membantu pasien mengenali halusinasi Saudara dapat melakukannya dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon pasien saat halusinasi muncul

2. Melatih pasien mengontrol halusinasi. Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi Saudara dapat melatih pasien empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi. Keempat cara tersebut meliputi:

1. Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak mempedulikan halusinasinya. Kalau ini dapat dilakukan, pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut untuk menuruti apa yang ada dalam halusinasinya.

Tahapan tindakan meliputi:

- Menjelaskan cara menghardik halusinasi

- Memperagakan cara menghardik
- Meminta pasien memperagakan ulang
- Memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku pasien

2. Bercakap-cakap dengan orang lain

Untuk mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi; fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut. Sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

3. Melakukan aktivitas yang terjadwal

Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang seringkali mencetuskan halusinasi. Untuk itu pasien yang mengalami halusinasi bisa dibantu untuk mengatasi halusinasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu.

Tahapan intervensinya sebagai berikut:

- Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
- Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien
- Melatih pasien melakukan aktivitas
- Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih.

Upayakan pasien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, 7 hari dalam seminggu.

- Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan; memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.

4. Menggunakan obat secara teratur

Untuk mampu mengontrol halusinasi pasien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Pasien gangguan jiwa yang dirawat di rumah seringkali mengalami putus obat sehingga akibatnya pasien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai kondisi seperti semula akan lebih sulit. Untuk itu pasien perlu dilatih menggunakan obat sesuai program dan berkelanjutan.

Berikut ini tindakan keperawatan agar pasien patuh menggunakan obat:

- Jelaskan guna obat
- Jelaskan akibat bila putus obat
- Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat
- Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis)

SP 1 Pasien : Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama: menghardik halusinasi, memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik

Orientasi:

"Assalamualaikum D. Saya perawat yang akan merawat D. Nama Saya SS, senang dipanggil S. Nama D siapa? Senang dipanggil apa"

"Bagaimana perasaan D hari ini? Apa keluhan D saat ini"

"Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini D dengar tetapi tak tampak wujudnya? Di mana kita duduk? Di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit"

Kerja:

"Apakah D mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?"

"Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering D dengar suara? Berapa kali sehari D alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri?"

"Apa yang D rasakan pada saat mendengar suara itu?"

"Apa yang D lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?"

"D, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang ke empat minum obat dengan teratur."

"Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik".

"Caranya sebagai berikut: saat suara-suara itu muncul, langsung D bilang, pergi saya tidak mau dengar, ... Saya tidak mau dengar. Kamu suara palsu. Begitu diulang-ulang sampai suara itu tak terdengar lagi. Coba D peragakan! Nah begitu, ... bagus! Coba lagi! Ya bagus D sudah bisa"

Terminasi:

"Bagaimana perasaan D setelah peragaan latihan tadi?" Kalau suara-suara itu muncul lagi, silakan coba cara tersebut ! bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa

saja latihannya? (Saudara masukkan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian pasien). Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua? Jam berapa D? Bagaimana kalau dua jam lagi? Berapa lama kita akan berlatih? Dimana tempatnya”

”Baiklah, sampai jumpa. Assalamu’alaikum”

SP 2 Pasien: Melatih pasien menggunakan obat secara teratur

Orientasi:

“Assalamualaikum D. Bagaimana perasaan D hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai tiga cara yang telah kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Apakah pagi ini sudah minum obat? Baik. Hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang D minum. Kita akan diskusi selama 20 menit sambil menunggu makan siang. Di sini saja ya D?”

Kerja:

“D adakah bedanya setelah minum obat secara teratur. Apakah suara-suara berkurang/hilang? Minum obat sangat penting supaya suara-suara yang D dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang D minum? (Perawat menyiapkan obat pasien) Ini yang warna orange (CPZ) 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang dan jam 7 malam gunanya untuk menghilangkan suara-suara. Ini yang putih (THP) 3 kali sehari jam nya sama gunanya untuk rileks dan tidak kaku. Sedangkan yang merah jambu (HP) 3 kali sehari jam nya sama gunanya untuk pikiran biar tenang. Kalau suara-suara sudah hilang obatnya tidak boleh diberhentikan. Nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, D akan kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula. Kalau obat habis D bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. D juga harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya D harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya D. Jangan keliru dengan obat milik orang lain. Baca nama kemasannya. Pastikan obat diminum pada waktunya, dengan cara yang benar. Yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnya. D juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan harus cukup minum 10 gelas per hari”

Terminasi:

“Bagaimana perasaan D setelah kita bercakap-cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara? Coba sebutkan! Bagus! (jika jawaban benar). Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan D. Jangan lupa pada waktunya minta obat pada perawat atau pada keluarga kalau di rumah. Nah makanan sudah datang. Besok kita ketemu lagi untuk melihat manfaat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.00. sampai jumpa. Wassalammu’alaikum.

SP 3 Pasien : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga:

bercakap-cakap dengan orang lain

Orientasi:

“Assalammu’alaikum D. Bagaimana perasaan D hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul ? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? Berkurangkan suara-suaranya Bagus ! Sesuai janji kita tadi saya akan latih cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 20 menit. Mau di mana? Di sini saja?”

Kerja:

“Cara kedua untuk mencegah/ mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau D mulai mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan D. Contohnya begini; ... tolong, saya mulai dengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya! Atau kalau ada orang dirumah misalnya Kakak D katakan: Kak, ayo ngobrol dengan D. D sedang dengar suara-suara. Begitu D. Coba D lakukan seperti saya tadi lakukan. Ya, begitu. Bagus! Coba sekali lagi! Bagus! Nah, latih terus ya D!”

Terminasi:

“Bagaimana perasaan D setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang D pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus, cobalah kedua cara ini kalau D mengalami halusinasi lagi. Bagaimana kalau kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian D. Mau jam berapa latihan bercakap-cakap? Nah nanti lakukan secara teratur serta sewaktu-waktu suara itu muncul! Besok pagi saya akan ke mari lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal? Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.00? Mau di mana/ Di sini lagi? Sampai besok ya. Assalamualaikum”

SP 4 Pasien : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga:
melaksanakan kegiatan harian

Orientasi: *“Assalamu’alaikum D. Bagaimana perasaan D hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul ? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih ? Bagaimana hasilnya ? Bagus ! Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal. Mau di mana kita bicara? Baik kita duduk di ruang tamu. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 30 menit? Baiklah.”*

Kerja: *“Apa saja yang biasa D lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya, terus jam berikutnya (terus ajak sampai didapatkan kegiatannya sampai malam). Wah banyak sekali kegiatannya. Mari kita latih dua kegiatan hari ini (latih kegiatan tersebut). Bagus sekali D bisa lakukan. Kegiatan*

ini dapat D lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan.

Terminasi: “Bagaimana perasaan D setelah kita bercakap-cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara-suara? Bagus sekali! Coba sebutkan 3 cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara. Bagus sekali. Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian D. Coba lakukan sesuai jadwal ya!(Saudara dapat melatih aktivitas yang lain pada pertemuan berikut sampai terpenuhi seluruh aktivitas dari pagi sampai malam) Bagaimana kalau menjelang makan siang nanti, kita membahas cara minum obat yang baik serta guna obat. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 12.00 pagi?Di ruang makan ya! Sampai jumpa. Wassalammualaikum.

SP 5 dan selanjutnya

1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat & bercakap-cakap & kegiatan harian.
Beri pujian
2. Latih kegiatan harian
3. Nilai kemampuan yang telah mandiri
4. Nilai apakah halusinasi terkontrol

2.Tindakan Keperawatan Kepada Keluarga

1. Tujuan:

1. Keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien baik di di rumah sakit maupun di rumah
2. Keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien.

b. Tindakan Keperawatan

Keluarga merupakan faktor penting yang menentukan keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi. Dukungan keluarga selama pasien di rawat di rumah sakit sangat dibutuhkan sehingga pasien termotivasi untuk sembuh. Demikian juga saat pasien tidak lagi dirawat di rumah sakit (dirawat di rumah). Keluarga yang mendukung pasien secara konsisten akan membuat pasien mampu mempertahankan program pengobatan secara optimal. Namun demikian jika keluarga tidak mampu merawat pasien, pasien akan kambuh bahkan untuk memulihkannya lagi akan sangat sulit. Untuk itu perawat harus memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga mampu menjadi pendukung yang efektif bagi pasien dengan halusinasi baik saat di rumah sakit maupun di rumah.

Tindakan keperawatan yang dapat diberikan untuk keluarga pasien halusinasi adalah:

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

SP 1 Keluarga:

1. Diskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien
2. Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya halusinasi (gunakan booklet)
3. Jelaskan cara merawat halusinasi
4. Latih cara merawat halusinasi: hardik

SP 2 Keluarga:

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik. Beri pujian
2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat
3. Latih cara memberikan/ membimbing minum obat
4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian

SP 3 Keluarga

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian
2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi
3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi
4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

SP 4 Keluarga

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik, memberikan obat & bercakap-cakap. Beri pujian
2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan
3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

SP 5 Keluarga dan selanjutnya

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik & memberikan obat & bercakap-cakap & melakukan kegiatan harian dan follow up. Beri pujian
2. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien
3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ/PKM

E. Evaluasi

1. Kemampuan pasien dan keluarga

CHECK LIST TAHAPAN PENATALAKSANAAN HALUSINASI

Tahapan	Prosedur		Raw Score					C	D	Score	
			0,1,2,3,4,5					1,2,3	1,2,3	Actual	Max score
										RxCxD	
Pra Interaksi	1	Mengumpulkan data tentang klien	0	1					2	1	2
	2	Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri	0	1					2	1	2
	3	Menganalisa kekuatan dan kelemahan professional diri	0	1					1	1	1
	4	Membuat rencana pertemuan dengan klien	0	1					3	1	3
Orientasi	1	Ucapkan salam terapeutik	0	1	2				2	1	2
	2	Memperkenalkan nama perawat	0	1	2				2	2	2
	3	Menanyakan panggilan kesukaan klien	0	1	2				2	1	4
	4	Evaluasi dan Validasi tanda dan gejala yang masih	0	1	2				3	2	4

		muncul									
	5	Evaluasi dan Validasi kemampuan pasien untuk mengontrol halusinasi.									
	4	Memformulasikan kontrak dengan klien : <ul style="list-style-type: none"> • Peran yang diharapkan dari perawat dan klien • Tanggung jawab dari perawat dan klien • Tujuan pertemuan • Kerahasiaan • Topik • Waktu • Tempat 	0	1				2	2		2
	5	Beri kesempatan pasien untuk bertanya	0	1				1	1		1
Kerja	1	Menanyakan keluhan utama	0	1				2	1		3
	2	Baca basmalah sebelum melakukan tindakan	0	1				2	1		2
	3	Memulai kegiatan dengan cara yang baik	0	1				2	1		2
	4	Melakukan kegiatan yang telah direncanakan	0	1	2			3	2		6
	5	Mempertahankan sikap terbuka	0	1				2	1		2
	6	Mempertahankan kehangatan	0	1				3	1		3

	7	Menunjukkan sikap empati	0	1	2				3	1		6
	8	SP 1 Halusinasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon • Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan • Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik • Masukkan dalam jadual kegiatan harian untuk latihan menghardik 	0	1				3	2		4	
	9	SP 2 Halusinasi <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi dan validasi tanda dan gejala yang masih muncul • Mengevaluasi dan validasi kemampuan menghardik • Berikan reinforcement positif 	0	1				3	2		6	

		<ul style="list-style-type: none"> • Membantu pasien mengontrol halusinasi dengan cara minum obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) • Masukkan ke dalam jadwal harian untuk latihan minum obat dan menghardik. 									
10	SP 3 Halusinasi	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi dan validasi tanda gejala yang masih muncul • Mengevaluasi dan validasi kemampuan menghardik, dan minum obat • Berikan reinforcement positif • Membantu pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap. • Masukkan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap. 	0	1	2	3			3	2	8
11	SP 4 Halusiansi	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi dan validasi tanda dan gejala 	0	1	2	3			3	2	10

		<p>yang masih muncul</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi kemampuan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap. • Berikan reinforcement positif • Membantu pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap sambil beraktifitas • Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk melakukan kegiatan harian. 										
Terminasi	1	Simpulkan hasil kegiatan	0	1					2	1		2
	2	Mengevaluasi kegiatan kerja yang telah dilakukan baik secara kognitif, psikomotor maupun afektif.	0	1					2	1		2
	3	Memberikan reinforcement positif	0	1					1	1		1
	4	Merencanakan tindak lanjut kegiatan dengan klien	0	1					2	2		4
	5	Melakukan kontrak (waktu, tempat, topic)	0	1					1	1		1
	6	Akhiri kegiatan dengan cara memberi salam	0	1					1	1		1

Dokumentasi	1	Nama dan umur atau nama dan alamat pasien	0	1	2				2	1		4
	2	Diagnosis keperawatan	0	1					2	1		2
	3	Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan	0	1					2	1		2
	4	Evaluasi (S: respon verbal pasien; O: keberhasilan terapi, ; A: analisis masalah keperawatan; P: rencana berikutnya)	0	1	2	3	4		2	1		8
	5	Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1	2				1	1		2
	6	Nama dan tanda tangan ners	0	1	2				1	1		2
Soft Skills	1	Empati	0	1					2	1		2
	2	Teliti	0	1					2	1		2
	3	Hati-hati	0	1					2	1		2
	4	Menunjukkan perilaku profesional	0	1					2	1		2
	5	Pakaian rapi dan tertib sesuai tata tertib	0	1					2	1		2

Nilai akhir=	Actual score	X 100	Actual score	X 100 =
	=		

Maximum
score

Keterangan:

Raw score:

0: tidak
melakukan

1: melakukan 1

2: melakukan 2

3: melakukan 3

Critically level:

1: kurang kritis

2: kritis

3: sangat kritis

Difficulty level:

1: kurang sulit

2: sulit

3: sangat sulit

PENILAIAN KEMAMPUAN PASIEN DAN KELUARGA PASIEN
DENGAN HALUSINASI

Nama pasien :

Ruangan:

Nama perawat:

Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda (V) jika pasien dan keluarga mampu melakukan kemampuan di bawah ini.
2. Tuliskan tanggal setiap dilakukan supervisi

PEDOMAN ASUHAN KEPERAWATAN
KLIEN DENGAN HALUSINASI

Nama klien :..... Dx Medis :.....

No RM :..... Ruangan : :

<i>Tgl/ No Dx</i>	<i>Tindakan Keperawatan Untuk Pasien</i>	<i>Tindakan Keperawatan untuk keluarga</i>
SP 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon 2. Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan 3. Latih cara mengontrol halusinasi dg menghardik 4. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik 	SP 1
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien 2. Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya halusinasi (gunakan booklet) 3. Jelaskan cara merawat halusinasi 4. Latih cara merawat halusinasi: hardik
SP 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan 	SP 2
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih

obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)

3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat

SP 3

1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat. Beri pujian
2. Latih cara mengontrol halusinasi dg bercakap-cakap saat terjadi halusinasi
3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap

SP 4

1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat & bercakap-cakap. Beri pujian
2. Latih cara mengontrol halusinasi dg melakukan kegiatan harian (mulai kegiatan)

pasien menghardik.

Beri pujian

2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat
3. Latih cara memberikan/ membimbing minum obat
4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian

SP 3

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian
2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi
3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi
4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian

SP 4

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik, memberikan obat & bercakap-cakap. Beri

3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian

SP 5 s.d. selanjutnya

1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat & bercakap-cakap & kegiatan harian.
Beri pujian
2. Latih kegiatan harian
3. Nilai kemampuan yang telah mandiri
4. Nilai apakah halusinasi terkontrol

pujian

2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan
3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian

SP 5 s.d. selanjutnya

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik & memberikan obat & bercakap-cakap & melakukan kegiatan harian dan follow up.
Beri pujian
2. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien
3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ/PKM

2.Kemampuan perawat

PENILAIAN KEMAMPUAN PERAWAT DALAM MERAHAT PASIEN DENGAN HALUSINASI

Nama perawat:

Ruangan:

Petunjuk pengisian:

Penilaian tindakan keperawatan untuk setiap SP dengan menggunakan instrumen penilaian kinerja, rentang nilai 0 – 1

Nilai tiap penilaian kinerja masukkan ke tabel pada baris nilai SP.

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
<i>A</i>	<i>Pasien</i>							
	SP I p							
1	Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien							
2	Mengidentifikasi isi halusinasi pasien							
3	Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien							
4	Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien							
5	Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi							
6	Mengidentifikasi respons pasien terhadap halusinasi							
7	Mengajarkan pasien menghardik halusinasi							
8	Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian							

Nilai SP I p

SP II p

- 1 Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2 Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur
- 3 Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

Nilai SP II p

SP III p

- 1 Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2 Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
- 3 Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

Nilai SP III p

SP IV p

- 1 Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2 Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan)
- 3 Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

Nilai SP IV p

B Keluarga

SP I k

- 1 Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2 Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya
- 3 Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi
- 4 Latih cara halusinasi: hardik
- 5 Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian

Nilai SP I k

SP II k

- 1 Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik. Berikan pujian
- 2 Jelaskan 6 benar cara memberikan obat
- 3 Latih cara memberikan/membimbing minum obat
- 4 Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian

Nilai SP II k

SP III k

- 1 Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian

- 2 Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi
- 3 Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi
- 4 Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian

Nilai SP III k

SP IV k

- 1 Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik, memberikan obat & bercakap-cakap. Beri pujian
- 2 Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan
- 3 Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian

Nilai SP IV k

Total nilai SP p + SP k

Rata-rata

F. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan, karenanya dokumentasi asuhan keperawatan jiwa terdiri dari dokumentasi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1. Pedoman format pengkajian gangguan persepsi sensori: halusinasi

Persepsi :

Halusinasi

- Pendengaran
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penghidu

Jelaskan:

- Isi halusinasi :
- Waktu terjadinya:
- Frekuensi halusinasi:
- Respons pasien:

Masalah keperawatan:

RISIKO PERILAKU KEKERASAN

1. Pengertian

Perilaku kekerasan didefinisikan sebagai perilaku individu yang dapat membahayakan orang lain, diri sendiri baik secara fisik, emosional dan atau seksualitas (Nanda, 2005), sedangkan menurut Maramis (1998), perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana klien mengalami perilaku yang dapat membahayakan klien sendiri, lingkungan dan termasuk orang lain (Maramis, 1998).

Perilaku kekerasan dapat menyebabkan resiko tinggi mencederai diri, orang lain dan lingkungan. Resiko mencederai merupakan suatu tindakan yang kemungkinan dapat melukai/membahayakan diri, orang lain dan lingkungan.

2. Etiologi

Menurut Budiana Keliat (2004) faktor presipitasi dan predisposisi dari perilaku kekerasan adalah:

1. Faktor predisposisi
 - a. Psikologi
Kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau amuk
 - b. Perilaku
Reinforcement yang diterima jika melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan, merupakan aspek yang menstimulasi dan mengadopsi perilaku kekerasan.
 - c. Sosial budaya
Budaya tertutup, kontrol sosial tidak pasti terhadap perilaku kekerasan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima.
 - d. Bioneurologis
Kerusakan sistem limbik, lobus frontal atau temporal dan ketidakseimbangan neurotransmitter.
2. Faktor presipitasi
 - a. Klien, misalnya : kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, percaya diri kurang.
 - b. Lingkungan sekitar klien, misalnya : padat,ribut, kritikan mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai atau pekerjaan dan kekerasan.
 - c. Interaksi dengan orang lain, misalnya: provokatif dan konflik

1. Terapi farmakologis

1. Clorpromazine (CPZ)
Untuk mensupresi gejala-gejala psikosa: agitasi, ansietas, ketegangan,kebingungan insomnia,halusinasi, waham dan gejala-gejala lain yang biasanya terdapat pada penderita skizofrenia, maniak, depresi,gangguan personalitas, psikosa involution, psikosa masa kecil.cara pemberian peroral atau intra muskular.
2. Haloperidol

Untuk gangguan psikotik, sindroma gilles dela tourett pada anak-anak dan dewasa.

Kontraindikasi: depresi saraf pusat. Penyakit parknson, mengantuk, tremor, letih, lesu, gelisah, gejala ekstra piramidal.

3. Trihexyphenidyl (THP, Artane, Tremin)

Untuk gejala skizofrenia

CHECK LIST TAHAPAN PENATALAKSANAAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

Tahapan	Prosedur		Raw Score	C			D			Score	
			0,1,2,3,4,5	1,2,3			1,2,3			Actual	Max score
									RxCxD		
Pra Interaksi		Mengumpulkan data tentang klien	1	1					2		2
		Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri	0	1					2		2
		Menganalisa kekuatan dan kelemahan professional diri	0	1					1		1
		Membuat rencana pertemuan dengan klien	0	1					3		3
Orientasi		Ucapkan salam terapeutik	0	1	2				1		2
		Memperkenalkan nama perawat	0	1	2				3		2
		Menanyakan panggilan kesukaan klien	0	1	2				2		2

		Evaluasi dan Validasi tanda dan gejala yang masih muncul	0	1	2				2			2
		Evaluasi dan Validasi kemampuan pasien untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan										
		Memformulasikan kontrak dengan klien : <ul style="list-style-type: none"> • Peran yang diharapkan dari perawat dan klien • Tanggung jawab dari perawat dan klien • Tujuan pertemuan • Kerahasiaan • Topik • Waktu • Tempat 	0	1					1			2
		Beri kesempatan pasien untuk bertanya	0	1					1			1
Kerja		Menanyakan keluhan utama	0	2					3			1
		Baca basmalah sebelum melakukan tindakan	0	1					2			1

	Memulai kegiatan dengan cara yang baik	0	1					2			2
	Melakukan kegiatan yang telah direncanakan	0	1	2				3			6
	Mempertahankan sikap terbuka	0	1					2			2
	Mempertahankan kehangatan	0	1					3			3
	Menunjukkan sikap empati	0	1	2				3			2
	<p>SP 1 Resiko Perilaku Kekerasan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan, PK yang dilakukan, akibat dari PK • Jelaskan cara mengontrol PK secara fisik, obat, verbal, dan spiritual • Latihan cara mengontrol PK secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal • Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan menghardik 	0	1	3				3			6
	SP 2 Resiko Perilaku Kekerasan	0	1					2			6

	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi dan validasi tanda dan gejala yang masih muncul • Mengevaluasi dan validasi kemampuan cara mengontrol PK secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal • Berikan reinfocment positif • Membantu pasien mengontrol halusinasi dengan cara minum obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) • Masukkan ke dalam jadwal harian untuk latihan minum obat dan menghardik. 										
	<p>SP 3 Resiko Perilaku Kekerasan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi dan validasi tanda gejala yang masih muncul • Mengevaluasi dan validasi kemampuan latihan fisik, dan minum obat • Berikan reinforcement positif 	0	1	2				3			6

		<ul style="list-style-type: none"> • Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara, yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar) • Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal 									
		<p>SP 4 Resiko Perilaku Kekerasan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi dan validasi tanda dan gejala yang masih muncul • Evaluasi kegiatan latihan fisik,1,2 & obat & verbal & spiritual. Beri pujian • Nilai kemampuan yang telah mandiri • Nilai apakah PK terkontrol 	0	1	2				3		18
Terminasi		Simpulkan hasil kegiatan	0	1					2		2
		Mengevaluasi kegiatan kerja yang telah dilakukan baik secara kognitif, psikomotor maupun afektif.	0	1					2		2
		Memberikan reinforcement positif	0	1					1		1

		Merencanakan tindak lanjut kegiatan dengan klien	0	1					2			4
		Melakukan kontrak (waktu, tempat, topic)	0	1					1			1
		Akhiri kegiatan dengan cara memberi salam	0	1					1			1
Dokumentasi		Nama dan umur atau nama dan alamat pasien	0	1	2				2			4
		Diagnosis keperawatan	0	1					2			2
		Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan	0	1					2			2
		Evaluasi (S: respon verbal pasien; O: keberhasilan terapi; A: analisis masalah keperawatan; P: rencana berikutnya)	0	1	2				2			8
		Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1	2				1			2
		Nama dan tanda tangan ners	0	1	2				1			2
Soft Skills		Empati	0	1					2			2
		Teliti	0	1					2			2
		Hati-hati	0	1					2			2
		Menunjukkan perilaku profesional	0	1					2			2
		Pakaian rapi dan tertib sesuai tata	0	1					2			2

		tertib										
--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nilai	Actual	X	Actual	X
akhir=	score	100	score	100
	Maximum	=		=
	score			

Keterangan:

Raw score:	Critically level:	Difficulty level:
0: tidak melakukan	1: kurang kritis	1: kurang sulit
1: melakukan	2: kritis	2: sulit
1	3: sangat kritis	3: sangat sulit
2: melakukan		
2		
3: melakukan3		

4. Tindakan keperawatan

PEDOMAN ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Nama klien :..... Dx Medis :.....

No RM :..... Ruangan : :

<i>Tgl</i> <i>/</i> <i>No</i> <i>Dx</i>	<i>Tindakan Keperawatan Untuk Pasien</i>	<i>Tindakan Keperawatan untuk keluarga</i>
	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi penyebab, tanda & gejala, PK yang dilakukan, akibat PK2. Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual3. Latihan cara mengontrol PK secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal4. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none">1. Diskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien2. Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya PK (gunakan booklet)3. Jelaskan cara merawat PK4. Latih satu cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian
	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian2. Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis,	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih

- guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)
3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat

SP 3

1. Evaluasi kegiatan latihan fisik & obat. Beri pujian
2. Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara, yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)
3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal

SP 4

1. Evaluasi kegiatan latihan fisik^{1,2} & obat & verbal & spiritual. Beri pujian
2. Nilai kemampuan yang telah mandiri
3. Nilai apakah PK terkontrol

- pasien fisik. Beri pujian
2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat
 3. Latih cara memberikan/membimbing minum obat
 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian

SP 3

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik dan memberikan obat. Beri pujian
2. Latih cara membimbing: cara bicara yang baik
3. Latih cara membimbing kegiatan spiritual
4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian

SP 4

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik, memberikan obat, cara bicara yang baik & kegiatan spiritual

dan follow up. Beripujian

2. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien
3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ/PKM

TOPIK IV

TERAPI AKTIFITAS KELOMPOK

Ns. Shanti Wardaningsih., M.Kep., Sp.Kep.Jiwa., PhD

Ns. Romzati, S.Kep., MNS

Ns Kellyana Irawati., M.Kep., Sp.Kep.Jiwa

Terapi kelompok adalah metode pengobatan ketika klien ditemui dalam rancangan waktu tertentu dengan tenaga yang memenuhi persyaratan tertentu. Fokus terapi kelompok adalah membuat sadar diri (*self awareness*), peningkatan hubungan interpersonal, membuat perubahan atau ketiganya.

Macam-macam terapi aktivitas kelompok :

1. Terapi aktivitas kelompok stimulasi kognitif/persepsi
2. Terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori
3. Terapi aktivitas kelompok stimulasi realita
4. Terapi aktivitas kelompok sosialisasi

Tujuan, tipe dan aktivitas dari terapi aktivitas kelompok

NO	TUJUAN	TIPE	AKTIVITAS
1.	Mengembangkan Stimulasi persepsi	Biblioterapi	Menggunakan artikel, buku, sajak, puisi, surat kabar untuk merangsang/menstimulasi berpikir dan mengembangkan hubungan dengan orang lain. Stimulus dapat berbagai hal yang tujuannya melatih persepsi
2.	Mengembangkan stimulasi sensoris	Musik, seni, menari Relaksasi	Menyediakan kegiatan mengekspresikan perasaan Belajar teknik relaksasi dengan cara nafas dalam, relaksasi otot, imajinasi
3.	Mengembangkan orientasi realitas	Kelompok orientasi realitas, kelompok validasi	Fokus pada orientasi waktu, tempat, dan orang; benar dan salah; Bantu memenuhi

kebutuhan

- | | | | |
|----|---------------------------|-----------------------|---|
| 4. | Mengembangkan sosialisasi | Kelompok remotivasi | Mengorientasikan diri dan regresi pada klien menarik diri dalam berinteraksi/bersosialisasi |
| | | Kelompok mengingatkan | Fokus pada mengingat |

TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK : STIMULASI PERSEPSI

1. PENGERTIAN

Terapi aktivitas kelompok (TAK) stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan aktifitas mempersepsikan berbagai stimulus yang terkait dengan pengalaman dan atau kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok .hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan persepsi atau alternatif penyelesaian masalah.

2. TUJUAN UMUM

Klien mempunyai kemampuan menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh paparan stimulus kepaanya

Tujuan khusus

1. klien dapat mempersepsikan stimulus yang dipaparkan kepadanya dengan tepat.
2. klien dapat menyelesaikan masalah yang timbul sesuai dengan stimulus yang dialami.

3. AKTIVITAS DAN INDIKASI

Aktifitas dibagi dalam empat bagian yaitu: mempsersepsikan stimulus nyata yang ditemi dalam sehari- hari, stimulus nyata dan respons yang dialami dalam kehidupan, stimulus yang tidak nyata dan respons yang dialami dalam kehidupan, serta stimulus nyata yang mengakibatkan harga dii rendah.

1. Aktivitas mempersepsikan stimulus nyata sehari-hari

1. TAK menonton televisi
2. TAK membaca majalah/Koran
3. TAK melihat gambar

Klien yang mempunyai indikasi TAK ini adalah klien perubahan persepsi sensori dank lien menarik diri yang telah mengikuti TAK

1. Aktifitas mempersepsikan stimulus dan respon yang dialami dalam kehidupan , Aktifitas dibagi dalam beberapa sesi yang tidak dapat dipisahkan yaitu:

1. terapi Aktifitas Krelompok Stimulasi Persepsi: mengenal kekerasan yang biasa dilakkan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan)
2. Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Persepsi: mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan fisik
3. Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Persepsi: mencegah perilaku kekerasan melalui interaksi asertif
4. Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Persepsi: mencegah perilaku kekerasan melalui kepatuhan makan obat
5. Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Persepsi: mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan ibadah

Klien yang mempunyai indikasi TAK ini adalah klien perilaku kekerasan yang telah kooperatif

3. Aktivitas mempersepsikan stimulus tidak nyata dan respons yang dialami dalam kehidupan. Aktivitas dibagi dalam beberapa sesi yang tidak dapat dipisahkan yaitu :

1. TAK mengenal halusinasi
 2. TAK mengusir/menghardik halusinasi
 3. TAK mengontrol halusinasi dengan kegiatan
 4. TAK mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
 5. TAK mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat
4. Aktivitas mempersepsikan stimulus nyata yang menyebabkan harga diri rendah
1. TAK mengidentifikasi aspek yang membuat harga diri rendah dan aspek positif kemampuan yang dimiliki selama hidup (di rumah dan di Rumah sakit)
 2. TAK melatih kemampuan yang dapat digunakan I rumah sakit dan di rumah

Klien yang mempunyai indikasi TAK ini adalah klien gangguan konsep diri: Harga diri rendah

SESSI I

TAK STIMULASI PERSEPSI :MENONTON TV

1. Tujuan
2. klien dapat menyebtkan apa yang dilihat
3. klien dapat memberikan pendapat terhadap acara TV yang ditonton
4. klien dapat memberikan tanggapan terhadap pendapat orang lain

2. Setting

Peserta TAK dan terapis duduk bersama setengah lingkaran menghadap TV

1. Alat

1. Televisi dan atau video player
2. Cassete Video
3. Buku catatan dan pulpen
4. Jadwal kegiatan klien

1. Metade

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan Tanya jawab

1. Langkah- langkah Kegiatan

1. Persiapan

- Memilih klien sesuai indikasi
- Membuat kontrak dengan klien
- Menyiapkan alat dan tempat pertemuan

2. Orientasi

1. Salam terapeutik

- Salam dari terapis
- Perkenalan nama dan panggilan terapis (pakai name tag)
- Menanyakan nama dan panggilan semua klien (beri name tag)

2. Evaluasi/ Validasi

- Menanyakan perasaan klien saat ini
- Menanyakan masalah yang dirasakan

3. Tahap Kerja

1. Tentukan acara televisi yang menarik dan masih dimengerti oleh klien
2. Beri kesempatan bagi klien untuk menonton acara TV selama 10 menit dan setelah itu TV dimatikan
3. Tanyakan pendapat seorang klien mengenai acara TV yang telah ditonton
4. Tanyakan pendapat klien lain terhadap pendapat klien sebelumnya
5. Berikan pujian/ penghargaan atas kemampuan klien memberi pendapat
6. Ulangi c, d, e sampai semua klien mendapat kesempatan
7. Beri kesimpulan tentang acara TV yang ditonton

4. Tahap Terminasi

1. Evaluasi

- Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK
- memberikan reinforcement positif terhadap perilaku kelok yang positif

2. Tindak lanjut

- Mengajarkan klien untuk melatih kemampuan mempersiapkan tayangan TV tertentu dan mendiskusikannya pada orang lain
- Membaca jadwal nonton TV

3. kontrak yang akan datang

- Menyetujui topik, waktu dan tempat yang akan datang

1. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Format evaluasi

NO	Nama Klien	Memberi pendapat terhadap acara TV	Memberi tanggapan terhadap pendapat klien lain	Mengikuti kegiatan sampai selesai
----	------------	------------------------------------	--	-----------------------------------

2. Dokumentasikan pada proses keperawatan tiap klien

SESSI 2

TAK STIMULASI PERSEPSI : MEMBACA MAJALAH/ KORAN/ ARTIKEL

A. Tujuan

1. Klien dapat menyebutkan kembali isi bacaan.
2. Klien dapat memberikan pendapat terhadap isi bacaan.
3. Klien dapat memberi tanggapan terhadap pendapat orang lain.

B. Setting

Peserta terapis duduk bersama dalam lingkaran

C. Alat

1. Majalah/Koran/Artikel
2. Buku catatan dan pulpen
3. Jadwal kegiatan klien

D. Metode

1. Dinamika kelompok

2. Diskusi dan Tanya jawab

E. Langkah- langkah Kegiatan

1. Persiapan

- Memilih klien sesuai indikasi
- Memnbat kontrak dengan klien
- Menyiaopkan alat dan tempat pertemuan

2. Orientasi

1. Salam terapetik

- i. Salam dari terapis
- ii. Perkenalan nama dan panggilan terapis (pakai name tag)
- iii. Menanyakan nama dan panggilann semua klien (beri name tag)

2. Evaluasi/ Validasi

- i. Menanyakan perasaan klien saat ini
- ii. Menanyakan masalah yang dirasakan kien
- iii. Menanyakan penerapsan TAK yang lalu

3. Tahap Kerja

1. Tentukan bacaan yang akan dibaca
2. Bacakan isi majalah/ Koran/ artikel selama 10 menitr (jika mngkin berian foto copy bacaan pada klien)
3. Tanyakan pendapat seorang klien mengenai isi bacaan
4. Tanyakan pendapat klien lain terhadap pendaat klien sebelumnya
5. Berikan pujian/ penghargaan artas kemampuan klien memberi pendapat
6. Ulangi c, d, e sampai semua klien mendapat kesempatan
7. Beri kesimpulan tentang bacaan

4. Tahap Terminasi

1. Evaluasi

- i. Menanyakan perasaan klien setelah mengikti TAK
- ii. memberikan reinforcement positif terhadap perilaku yang positif

2. Tindak lanjut

- i. Menganjurkan klien untuk melatih kemampuan mempersesikan tayangan TV tertentu dan mendiskusikannya pada orang lain
- ii. Membart jadwal nonton TV

3. kontrak yang akan datang

- i. Menyepakati topik, waktu dan tempat yang akan datang

F. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Format Evaluasi

NO	Nama Klien	Memberi pendapat terhadap bacaan	Memberi tanggapan terhadap pendapat klien lain	Mengikuti kegiatan sampai selesai
----	------------	----------------------------------	--	-----------------------------------

2. Dokumentasikan pada proses keperawatan tiap klien

SESSI 3

TAK STIMULASI PERSEPSI: GAMBAR

1. Tujuan

1. klien dapat menyebutkan nama gambar yang dilihat
2. klien dapat memberikan tanggapan terhadap pendapat orang lain

2. Setting

Peserta dan terapis duduk bersama dalam lingkaran

1. Alat

1. Beberapa gambar
2. Buku catatan dan pulpen
3. Jadwal kegiatan klien

1. Metode

1. Dinamika Kelompok
2. Diskusi dan Tanya jawab

1. Langkah- langkah Kegiatan

1. Persiapan

- o Memilih klien sesuai indikasi
- o Membuat kontrak dengan klien
- o Menyiapkan alat dan tempat pertemuan

2. Orientasi

1. Salam terapeutik

- Salam dari terapis
- Perkenalan nama dan panggilan terapis (pakai name tag)
- Menanyakan nama dan panggilan semua klien (beri name tag)

2. Evaluasi Validasi

- Menanyakan perasaan klien saat ini
- Menanyakan penerapan TAK yang lalu

1. Kontrak

- Menjelaskan tujuan kegiatan
- Menjelaskan aturan main yaitu:
 - Melihat gambar yang ditetapkan selama 10 MENIT
 - Setiap klien mengenali gambar yang dipaparkan
 - Setiap klien mengenali kegiatan dari awal sampai akhir
 - Bila ingin keluar kelompok harus seijin pemimpin TAK
 - Lama kegiatan yaitu 45 menit

3. Tahap Kerja

1. Tentukan 1 atau 2 gambar yang umum dikenal orang
2. Tunjukkan gambar pada klien (jika besar dapat di depan saja, jika kecil diedarkan)
3. Tanyakan pendapat seorang klien tentang gambar
4. Tanyakan pendapat klien lain terhadap pendapat klien sebelumnya
5. Berikan pujian/penghargaan atas kemampuan klien memberikan pendapat
6. Ulangi c,d,e sampai semua klien mendapat kesempatan
7. Beri kesimpulan pada tiap gambar yang dipaparkan

4. Tahap Terminasi

1. Evaluasi

- Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK
 - memberikan reinforcement positif terhadap perilaku klien yang positif
- b. Tindak lanjut
- Menganjurkan klien melatih melihat gambar (di TV, Koran, majalah, album) dan mendiskusikannya pada orang lain
 - Membuat jadwal nonton TV
- c. kontrak yang akan datang
- Menyetujui topik, waktu dan tempat TAK yang akan datang
- d. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Format Evaluasi

NO	Nama Klien	Memberi pendapat terhadap gambar	Memberi tanggapan terhadap pendapat klien lain	Mengikuti kegiatan sampai selesai
----	---------------	--	--	---

2. Dokumentasikan pada proses keperawatan tiap klien

EVALUASI PENAMPILAN MEMIMPIN TAKS

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda (V) pada jawaban yang menurut anda sudah dilakukan atau benar.

No.	Kriteria	Penilaian			
		1	2	3	4
		Cukup	sedang	baik	baik sekali

A. Persiapan

1. Menyiapkan alat
2. Menyiapkan pasien sesuai kriteria
3. Membuat Proposal TAK

B. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Mengucapkan salam
2. Mengeksplorasi perasaan klien
3. Melakukan evaluasi/ validasi masalah pasien
4. Membuat kontrak dengan pasien (topik TAK, waktu)

5. Menjelaskan tujuan TAK dan aturan main
6. Melatih pasien cara mengatasi masalah
7. Memberikan pujian atas keberhasilan pasien/ keluarga
8. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik
9. Mengevaluasi respon subjektif pasien
10. Mengevaluasi respon objektif pasien
11. Mengajukan kegiatan lanjutan untuk pasien / keluarga (jadwal kegiatan harian)
12. Melakukan kontrak pertemuan berikutnya dengan pasien/ keluarga

C. Dokumentasi asuhan keperawatan

1. Mendokumentasikan data hasil pengkajian
2. Mendokumentasikan masalah keperawatan pasien/ keluarga
3. Mendokumentasikan tindakan keperawatan terhadap pasien/ keluarga
4. Mendokumentasikan evaluasi kemampuan pasien/ keluarga (SOAP)

Total skor

Nilai akhir

$$\text{Nilai akhir} = \frac{\text{total skor}}{80} \times 100$$

.....,20.....
Penilai

(.....)

TOPIK V

RESTRAIN

Ns. Shanti Wardaningsih., M.Kep., Sp.Kep.Jiwa., PhD

Ns. Romzati, S.Kep., MNS

Ns Kellyana Irawati., M.Kep., Sp.Kep.Jiwa

Restraint (dalam psikiatrik), secara umum mengacu pada suatu bentuk tindakan menggunakan tali untuk mengekang atau membatasi gerakan ekstremitas individu yang berperilaku diluar kendali yang bertujuan memberikan keamanan fisik dan psikologis individu.

Restraint (fisik) merupakan alternative terakhir intervensi jika dengan intervensi verbal, chemical restraint mengalami kegagalan. Seklusi menggunakan bagian dari restraint fisik yaitu dengan menempatkan klien di sebuah ruangan tersendiri untuk membatasi ruang gerak dengan tujuan meningkatkan keamanan dan kenyamanan klien.

Hal-hal yang penting diperhatikan pada restraint

1. Pada kondisi gawat darurat, restraint/seklusi dapat dilakukan tanpa order dokter
2. Seseegera mungkin (< 1 jam) setelah melakukan restraint/seklusi, perawat melaporkan pada dokter untuk mendapatkan legalitas tindakan baik secara verbal maupun terlulis
3. Intervensi restrain/seklusi dibatasi waktu: 4 jam untuk klien berusia >18 tahun, 2 jam untuk usia 9-17 tahun
4. Evaluasi dilakukan 4 jam I untuk klien >18 th, 2 jam I untuk anak-anak dan usia 9-17 tahun
5. Waktu minimal reevaluasi oleh dokter adalah 8 jam untuk usia >18th dan 4 jam untuk usia <17tahun
6. Selama restrain / seklusi klien diobservasi tiap 10-15 menit, focus obeservasi:
 1. Tanda-tanda cedera yang berhubungan dengan restrain/seklusi
 2. Nutrisi dan hidrasi
 3. Sirkulasi dan range of motion ekstremitas
 4. Vital sign
 5. Hygiene dan eliminasi
 6. Status fisik dan psikologis
 7. Kesiapan klien untuk dibebaskan dari restrain dan seklusi

Alat yang diperlukan :

- Baju restrain
- Tali
- Bantalan untuk melindungi tulang yang menonjol

CHECK LIST TAHAPAN RESTRAIN

Tahapan	Prosedur		Raw Score					C	D	Score		
			0,1,2,3,4,5					1,2,3	1,2,3	Actual	Max score	
										RxCxD		
Pra Interaksi	1	Menentukan tempat restrain	0	1					3	2		3
	2	Menyiapkan alat (baju restraint, tali, bantalan)	0	1					2	2		2
	3	Menyiapkan bantuan (3-4 orang)	0	1					2	1		1
	4	Ceck kembali informant concent	0	1					2	1		3
	5	Kondisi gawat darurat	0	1					2	2		3
Orientasi	1	Tetap aplikasi teknik komunikasi terapeutik, salam pada klien, sebut nama	0	1	2	3			3	2		6
	2	Jelaskan pada klien dan keluarga tentang prosedur tindakan, tujuan dan lama tindakan	0	1	2	3			2	2		
Kerja	1	Cuci tangan	0	1					3	1		3
	2	Baca basmalah sebelum melakukan tindakan	0	1					2	1		2
	3	Beri kesempatan pada klien untuk bertanya	0	1					2	1		2

	Jaga privacy										
4	Lakukan intervensi verbal jika masih memungkinkan Melakukan kegiatan yang telah direncanakan	0	1	2				3	1		6
5	Berikan medikasi sesuai order	0	1					2	1		2
6	<p>1. Seklusi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimal 2 orang perawat memegang masing-masing tangan kanan dan kiri klien ▪ Jika perawat disebelah kiri klien pegang tangan kiri klien dan tangan kiri perawrat memegang tangan pangkal lengan kiri atas klien dibawah ketiak (pinggang) ▪ Klien dibawa ke ruangan yang telah ditetapkan ▪ Mengingatkan kembali kepada klien tentang tujuan tindakan dan lama pengekangan ▪ Lakukan observasi tiap 15 menit 	0	1	2				3	2		3

	7	Menunjukkan sikap empati	0	1	2				3	1		6
Terminasi	1	Simpulkan hasil kegiatan	0	1					2	1		2
Dokumentasi	1	Nama dan umur atau nama dan alamat pasien	0	1	2				2	1		4
	2	Diagnosis keperawatan	0	1					2	1		2
	3	Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan	0	1					2	1		2
	4	Evaluasi (S: respon verbal pasien; O: , ; A: analisis masalah keperawatan; P: rencana berikutnya)	0	1	2	3	4		2	1		8
	5	Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1	2				1	1		2
	6	Nama dan tanda tangan ners	0	1	2				1	1		2
Soft Skills	1	Empati	0	1					2	1		2
	2	Teliti	0	1					2	1		2
	3	Hati-hati	0	1					2	1		2
	4	Menunjukkan perilaku profesional	0	1					2	1		2
	5	Pakaian rapi dan tertib sesuai tata tertib	0	1					2	1		2

$\text{Nilai akhir} = \frac{\text{Actual score}}{\text{Maximum score}} \times 100 = \frac{\text{Actual score}}{\text{...}} \times 100 =$
--

Keterangan:

Raw score:

0: tidak melakukan

1: melakukan 1

2: melakukan 2

3: melakukan 3

Critically level:

1: kurang kritis

2: kritis

3: sangat kritis

Difficulty level:

1: kurang sulit

2: sulit

3: sangat sulit

CHECK LIST RESTRAINT

Nama Mahasiswa :

Nomor Mahasiswa :

No	Aspek yang Dinilai	Nilai			Keterangan
		0	1	2	
A	Tahap Prainteraksi				
	1. Menentukan tempat restrain				
	2. Menyiapkan alat (baju restraint, tali, bantalan)				
	3. Menyiapkan bantuan (3-4 orang)				
	4. Ceck kembali informant concent				
	5. Kondisi gawat darurat				
B	Tahap Orientasi				
	1. Tetap aplikasi teknik komunikasi terapeutik, salam pada klien, sebut nama				
	2. Jelaskan pada klien dan keluarga tentang prosedur tindakan, tujuan dan lama tindakan				
C	Tahap Kerja				
	2. Cuci tangan				
	3. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya				
	4. Jaga privacy				
	5. Bersama tim, lakukan restraint				
	1. Lakukan intervensi verbal jika masih memungkinkan				
	2. Berikan medikasi sesuai order				
	3. Seklusi				
	▪ Minimal 2 orang perawat memegang masing-masing tangan kanan dan kiri klien				
	▪ Jika perawat disebelah kiri klien pegang tangan kiri klien dan tangan kiri perawrat memegang tangan pangkal lengan kiri atas klien dibawah ketiak (pinggang)				
	▪ Klien dibawa ke ruangan yang				

telah ditetapkan

- Mengingat kembali kepada klien tentang tujuan tindakan dan lama pengekangan
- Lakukan observasi tiap 15 menit

PLENARY DISCUSSION

BLOK KEPERAWATAN JIWA II

Petunjuk Pelaksanaan :

1. Plenary discussion adalah kegiatan diskusi klasikal di mana topik yang diangkat adalah topik yang menarik dari tutorial dan diharapkan dapat meningkatkan *deep learning* mahasiswa.
2. Kelompok penyaji dalam kegiatan ini adalah salah satu kelompok tutorial yang ditetapkan sebagai penyusun makalah pembahasan skenario yang terbaik/kelompok yang ditunjuk secara khusus. Kelompok penyanggah adalah kelompok tutorial lainnya.
3. Pemilihan kelompok penyaji berdasarkan hasil penyusunan makalah pembahasan skenario. Pembahasan skenario sesuai dengan seven jumps dan diperbolehkan menyusunnya dalam bahasa Indonesia. Presentasi saat diskusi adalah langkah ke-7 dari seven jumps.
4. Kelompok yang terpilih sebagai pemenang/penyaji wajib berkonsultasi dengan pakar yang sudah ditunjuk.
5. Presentasi dilakukan dalam bahasa Inggris.
6. Makalah pembahasan dikumpulkan kepada penanggung jawab blok.
7. Selamat mengerjakan!

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner dan Suddarth. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Volume II. Edisi 8. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Community Mental Health Nursing. (2005). *Modul basic course CMHN*. Jakarta: Community Mental Health Nursing
- _____. (2006). *Modul intermediate course CMHN*. Jakarta: Guyton & Hall, 1997. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 9, EGC. Jakarta
- Ganong, W.F. 1999. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran* . Jakarta : EGC
- Guyton & Hall, 1997. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 9, EGC. Jakarta
- Ignatavicius & Workman. 2006. *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking For Collaborative Care*. 5th Ed. Vol 1. Elsevier Saunders. St. Louis, Missouri. USA.
- Kozier, B. (2008). *Fundamental of nursing: concept, process and practice*. Pearson Education.
- Community Mental Health Nursing
- Kaplan,H.I., Sadock,B.J., Grebb,J.A. (2002). *Sinopsis Psikiatri*. Edisi Ketujuh. Jakarta : Binarupa Aksara
- Keliat, B.A., Akemat. (2005). *Keperawatan Jiwa : Terapi Aktifitas Kelompok*, Jakarta : EGC
- Marion Johnson, dkk. 2012. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Second Edition*. Mosby.
- Mc. Closkey dan Buleccheck. 2012. *Nursing Interventions Classification (NIC) Second Edition*. Mosby.
- NANDA. 2012. *Nursing Diagnosis: Definition and Classification*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association.
- Perry, A.G., & Potter, P.A. 2000. *Buku saku keterampilan dan prosedur dasar*. Monika Ester (translator). Jakarta: EGC.
- Porth, C.M., & Matfin, G. 2005. *Pathophysiology: Concept of Altered Health States*. Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins.
- Shives, LR. 2005. *Basic Concept of Psychiatric-Mental Health Nursing*. 6th Edition. Lippincott Williams & Wilkins: New York.
- Sims, K.L., D'Amico, D., Stiesmeyer, J.K., & Wbster, J.A. 1995. *Health Assessment in Nursing*. California. Addison-Wesley Publishing.
- Stuart, G. W., & Laraia M. (2006), *Principles and practice of psychiatric nursing*, (7th ed.). St.Louis: Mosby.
- Tim CMHN, (2005), *Modul basic course community mental health nursing*, Jakarta : tidak dipublikasikan.
- Townsend, Mary C. (2008). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. 4th ed. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Weber and Kelley, 2003, *Health assessment in Nursing*, Second edition, Lippincott Williams and Wilkins.