

BUKU PRAKTIKUM

KEPERAWATAN JIWA I

Ns. Yafi Sabila Rosyad, M.Kep



Ns. Yafi Sabila Rosyad, M.Kep

Keperawatan Jiwa I

Buku Praktikum



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN YOGYAKARTA**

Jl. Nitikan Baru No 69 Yogyakarta
Telp. (0274) 373142 Fax (0274) 383560
www.stikesyogyakarta.ac.id
E-mail: info@stikesyogyakarta.ac.id



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN YOGYAKARTA**

Jl. Nitikan Baru No 69 Yogyakarta
Telp. (0274) 373142 Fax (0274) 383560
www.stikesyogyakarta.ac.id
E-mail: info@stikesyogyakarta.ac.id



BUKU PRAKTIKUM KEPERAWATAN JIWA I

Penyusun :

Ns. Yafi Sabila Rosyad, M.Kep

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN & NERS

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
YOGYAKARTA**

2022

Visi Misi Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Kesehatan Yogyakarta

Visi

Menjadi institusi pendidikan yang menghasilkan profesi keperawatan profesional di bidang pendidikan, penelitian, pengabdian masyarakat dengan keunggulan keperawatan komunitas serta mampu bersaing di tingkat nasional dan internasional pada tahun 2036.

Misi

1. Melaksanakan pendidikan dan pengajaran untuk menghasilkan ners yang professional yang mampu bersaing di tingkat Nasional dan Internasional
2. Melaksanakan penelitian dan pengembangan keperawatan ditekankan pada evidence based keperawatan komunitas
3. Melaksanakan pengabdian pada masyarakat yang didasarkan pada pengembangan keperawatan komunitas
4. Melaksanakan kerjasama dengan institusi baik regional, nasional dan internasional khususnya dalam keperawatan komunitas

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada ALLAH S.W.T atas berkat dan rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku praktikum Keperawatan Jiwa I ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat untuk para dosen dalam memberikan bimbingan dan arahan untuk mensukseskan mata kuliah Keperawatan Jiwa I.

Selamat datang di mata kuliah Keperawatan Jiwa I. Mata Kuliah ini memberikan kesempatan pada mahasiswa untuk mempelajari tentang kelompok sehat jiwa dan kelompok resiko gangguan jiwa atau masalah spikosial. Buku praktikum ini disusun berdasarkan pedoman kurikulum keperawatan nasional tahun 2016.

Semoga buku praktikum ini mampu membantu dosen selama proses pembelajaran praktikum dan mampu membantu mahasiswa dalam mencapai standart kompetensi perawat Indonesia dalam mata perkuliahan komunikasi keperawatan I. Kami mengharapkan masukan guna perbaikan buku ini di masa yang akan datang. Terima kasih

Yogyakarta, Februari 2022

Koordinator Mata Kuliah Keperawatan Jiwa I

A. Ketentuan Pengajar Laboratorium

1. Pengajar skill lab adalah pengajar yang telah ditunjuk, untuk memberikan pembelajaran mengenai keterampilan dalam mata kuliah untuk mencapai tujuan pembelajaran.
2. Pengajar skill lab **hadir** setiap pratikum sesuai dengan kelompok dan jadwal yang telah ditentukan oleh koordinator mata kuliah. Pengajar skill lab yang tidak hadir karena alasan pekerjaan yang tidak dapat ditinggalkan atau sakit, wajib mencari pengajar skill lab pengganti **H-1**. Apabila tidak dapat pengajar skill lab pengganti, kegiatan skill lab dapat diganti **pada hari lain pada minggu yang sama dengan menghubungi kelompok yang diampu dan petugas laboratorium**. Tanpa mahasiswa harus meninggalkan kegiatan perkuliahan yang telah dijadwalkan dalam mata kuliah.
3. Setiap pergantian jadwal (tidak sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan) wajib melaporkan kepada petugas laboratorium, terkait dengan peminjaman alat-alat.

4. Pengajar skill lab yang hadir wajib mengisi Berita Acara Pembelajaran (BAP) Laboratorium
5. Pengajar skill lab memberikan penilaian proses pratikum laboratorium setiap mahasiswa dalam kelompok pratikum laboratorium, penilaian meliputi *pre tes*, ketrampilan dan sikap.

B. Tata tertip Praktikum Laboratorium

1. Pembimbing praktikum dan praktikan **diwajibkan** memakai jas praktikum
2. Pembimbing praktikum dan praktikan mengisi presensi Kehadiran
3. Datang 15 menit sebelum dimulai praktikum
4. Praktikan mengisi format peminjaman alat jika membutuhkan alat untuk praktikum
5. Pembimbing praktikum mengkonfirmasi ke petugas laboratorium jika tidak bisa hadir sesuai dengan jadwal yang ditentukan dan ketika mengganti jadwal praktikum
6. Praktikan wajib memberitahukan pembimbing jika tidak bisa mengikuti jadwal praktikum dan diwajibkan mengganti dengan mengikuti kelompok lain.

7. Praktikan merapi kembali tempat praktikum dan mengecek kelengkapan alat maupun presensi sebelum dikembalikan ke petugas laboratorium.

DAFTAR ISI

	Hal
Cover	
Halaman Judul.....	i
Visi dan Misi Program Studi Keperawatan.....	ii
Kata Pengantar	iii
Ketentuan Pengajar Laboratorium	V
Tata tertip Praktikum Laboratorium	vi
Daftar Isi... ..	viii
BAB I Diskripsi Praktikum Keperawatan Jiwa I.....	1
BAB II Komunikasi Terapeutik.....	4
BAB III Pengkajian Status Mental.....	9
BAB IV PSM Gangguan Citra Diri	57
BAB V PSM Kecemasan dan Kehilangan.....	65
BAB VI PSM Ketidakberdayaan dan keputusan.....	82
BAB VII PSM Distress Spiritual.....	97
BAB VIII Deteksi Dini	105
BAB IX PSM Sehat Jiwa Sepanjang Masa.....	112
Daftar Pustaka	

BAB I

DISKRIPSI PRAKTIKUM KEPERAWATAN JIWA I

A. Diskripsi praktikum Keperawatan Jiwa I

Praktikum ini merupakan bagian dari mata kuliah Keperawatan Jiwa I. Pada praktikum ini mahasiswa akan mempraktikkan pengkajian asuhan keperawatan masalah psikosoal, rentang kehidupan tumbuh kembang manusia, dan deteksi dini kesehatan jiwa masyarakat.

B. Tujuan Umum Praktikum Keperawatan Jiwa I

Mahasiswa mampu menerapkan komunikasi terapeutik dalam memberikan asuhan keperawatan pada masalah psikosial dan rentang kehidupan manusia baik dalam masyarakat maupun lingkungan klinis.

C. Tujuan khusus praktikum komunikasi keperawatan I

1. Mahasiswa mampu mengaplikasikan komunikasi terapeutik
2. Mahasiswa mampu mengaplikasikan Deteksi dini Desa Siaga sehat jiwa

3. Mahasiswa mampu mengaplikasikan Asuhan keperawatan sehat jiwa sepanjang rentang kehidupan (ibu hamil, bayi, toddler, prasekolah, usia sekolah, remaja, dewasa, dan lansia)
4. Mahasiswa mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan dengan klien gangguan citra diri
5. Mahasiswa mampu mengaplikasikan Asuhan keperawatan dengan klien kecemasan dan kehilangan
6. Mahasiswa mampu mengaplikasikan Asuhan keperawatan dengan klien ketidakberdayaan dan keputusasaan
7. Mahasiswa mampu mengaplikasikan Asuhan keperawatan dengan klien distress spiritual

D. Metode evaluasi

1. Proses (60%)

- a. Penilaian pretest : 20%
- b. Penilaian proses praktik : 60%
- c. Penilaian sikap : 20%

2. OSCA : 30%

BAB II

KOMUNIKASI TERAPEUTIK

A. Review materi

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dirancang secara khusus, mempunyai tujuan, dan berfokus pada klien (Purwanto, 2013 & Damaiyanti, 2014). Komunikasi terapeutik merupakan modalitas dasar dalam memberikan asuhan kepada klien yang terdiri dari teknik verbal dan nonverbal (Mubarak, 2012). Sehingga, dapat kita simpulkan bahwa komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang dirancang secara khusus baik secara verbal maupun non verbal yang bertujuan untuk berinteraksi dengan klien atau pasien dalam memberikan asuhan.

1. Sikap komunikasi terapeutik dalam praktik keperawatan menurut Rosyidi, (2008) adalah sebagai berikut;

a. Sikap kesejatian

Sikap menghindari membuka diri yang terlalu dini pada saat mengirimkan pesan khususnya pada klien anak. Sikap ini bertujuan untuk membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien.

- b. Sikap empati
Sikap membuka diri dengan hangat mendengarkan keluhan klien dan memberikan respon secara verbal serta tidak larut dalam suasana.
- c. Sikap hormat
Sikap menunjukkan adanya kepedulian dan menghargai klien.
- d. Sikap konkret
Bentuk sikap ketika berkomunikasi dengan klien dengan penggunaan contoh yang konkret atau spesifik. Misalnya menggunakan gambar, alat peraga atau contoh pihak ketiga.

B. Tujuan umum

Mahasiswa memahami dan mampu mendemonstrasikan cara komunikasi terapeutik pada kelompok sehat, kelompok risiko, maupun kelompok gangguan jiwa.

C. Penerapan komunikasi terapeutik

Pada dasarnya dalam berkomunikasi secara terapeutik meliputi empat tahapan yaitu tahap pra interaksi, tahap orientasi, tahap kerja dan tahap terminasi.

1. Tahap Pra Interaksi

- a. Mencari informasi terkait pasien lewat catatan rekam medis atau sumber lain dan literature terkait masalah pasien
- b. Evaluasi diri
 - Mengeksplorasi pesaaan, fnatasi dan ketakutan diri
 - Menganalisa kekuatan dan kelemahan professional diri
- c. Penetapan perkembangan intraksi dengan klien
 - Menetapkan status interaksi (pertemuan pertama atau lanjutan)
 - Menentukan tujuan interaksi
- d. Membuar rencana interaksi
 - Menyiapkan pre-planing berdasarkan rencana interaksi
- e. Mempersiapkan alat dan bahan (jika diperlukan)
 - Alat yang disiapkan berdasarkan intervensi yang akan dilakukan dan atau berdasarkan latihan yang akan diajarkan

2. Tahap Orientasi/ perkenalan

Dilakukan saat pertama kali bertemu atau kontak dengan pasien untuk membina hubungan membina hubungan saling percaya (BHSP).

- a. Memberikan salam
- b. Mengevaluasi kondisi pasien
 - Evaluasi masalah pasien
 - Validasi kemampuan pasien
- c. Menyampaikan kontrak/pertemuan
 - Peran dan tanggung jawab perawat dan pasien
 - Tujuan pertemuan
 - Kerahasiaan
 - Topik pertemuan
 - Menanyakan kesediaan pasien untuk berinteraksi
 - Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan

3. Tahap kerja

Tahap kerja merupakan tahap pemberian intervensi kepada pasien yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan ketrampilan pasien dalam melakukan perawatan diri, melaksanakan terapi keperawatan, pendidikan kesehatan, kolaborasi interdisipliner dan melaksanakan observasi dan onitoring kondisi pasien.

4. Tahap terminasi

Tahap akhir antara perawat dan pasien yang dibagi menjadi dua yaitu terminasi sementara atau terminasi akhir.

a. Terminasi sementara

Terminasi sementara adalah akhir dari pertemuan interaksi yang masih akan ada pertemuan-pertemuan selanjutnya.

- Evaluasi hasil (subyektif dan obyektif)
- Tindak lanjut
- Kontrak yang akan datang

b. Terminasi akhir

Tahap pertemuan akhir dalam memberikan intervensi apabila pasien atau keluarga bisa mandiri atau pasien sudah diperbolehkan pulang.

- Evaluasi hasil (subyektif dan obyektif)
- Tindak lanjut
- Eksplorasi perasaan

BAB III

PENGAJIAN KEPERAWATAN JIWA

A. Tujuan pembelajaran

Mahasiswa mengetahui dan mampu mempraktikkan pengkajian keperawatan jiwa baik pada kelompok sehat, resiko, maupun gangguan jiwa.

B. Review Materi

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dalam proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan masalah. Data yang dikumpulkan meliputi data bio,psiko, sosio, dan budaya. Pengkumpulan data pada pengkajian jiwa yang dipelajari berdasarkan model adaptasi stress menurut (Stuart, 2016). Isi pengkajian tersebut meliputi;

1. Identitas pasien
2. Keluhan utama/alasan masuk
3. Faktor presdiposisi
4. Aspek fisik dan biologis
5. Aspek psikososial
6. Status mental
7. Kebutuhan persiapan pulang
8. Mekanisme persiapan pulang
9. Mekanisme koping
- 10.Masalah psikososial dan lingkungan

11. Pengetahuan

12. Aspek medis

Format pengkajian keperawatan jiwa

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN....DENGAN..... DI RUANG/DUSUN... RUMAH SAKIT JIWA/KELURAHAN.....

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Status :
5. Agama :
6. Alamat :
7. Pendidikan :
8. Pekerjaan :
9. Tanggal masuk :
10. No. RM :
11. Diagnosis medis:
12. penanggung jawab:
13. Tanggal pengkajian:

B. ALASAN MASUK/ FAKTOR PRESIPITASI/ KELUHAN UTAMA(Jikom)

C. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Riwayat mengalami gangguan jiwa:

Ya Tidak

Jika "ya" sejak kapan: _____

2. Pengobatan sebelumnya:

- Berhasil Belum berhasil
 Tidak berhasil

Alasan kurang berhasil/tidak berhasil:

3. Trauma:

- Tidak Pernah

<i>Trauma</i>	<i>Usia</i>	<i>Pelaku</i>	<i>Korban</i>	<i>Saksi</i>
<input type="checkbox"/> Aniaya fisik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aniaya seksual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Penolakan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kekerasan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dalam keluarga		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tindakan				
<input type="checkbox"/> kriminal				

Penjelasan :

4. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa:

- Ada Tidak

Hubungan keluarga:

Gejala:

Riwayat pengobatan:

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan:

D. PEMERIKSAAN FISIK

1. TD:
 2. HR:
 3. RR:
 4. S:
 5. TB:
 6. BB:
 7. Keluhan fisik: Ya Tidak
- Masalah Keperawatan: tidak ada

E. PSIKOSOSIAL

1. Genogram (minimal 3 generasi ke atas)

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

Masala Keperawatan:

2. Konsep diri

- a. Citra tubuh
- b. Identitas diri
- c. Peran
- d. Ideal diri
- e. Harga diri

Masala Keperawatan:

3. Hubungan sosial

- a. Orang terdekat/yang berarti:

- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat:

- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:

Masalah Keperawatan :

4. Spiritual sebelum di RS

- a. Nilai dan keyakinan:

- b. Kegiatan Ibadah:

Masalah Keperawatan:

F. STATUS MENTAL

1. Penampilan

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

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

2. Pembicaraan

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

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

3. Aktivitas motorik

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

Kompulsif

Jelaskan:

Masala Keperawatan:

4. Alam perasaan

Sedih

Takut

Putus asa

Khawatir

Euphoria

Jelaskan:

Masala Keperawatan:

5. Afek

Datar

Tumpul

Labil

Tidak sesuai

Jelaskan:

Masala Keperawatan:

6. Interaksi selama wawancara

Bermusuhan

Tidak kooperatif

Mudah tersinggung

Kontak mata kurang

Defensif

Curiga

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

7. Persepsi

Halusinasi:

- Pendengaran
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penghidu

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

8. Isi pikir

- Obsesi
- Phobia
- Hipokondria
- Depersonalisasi
- Ide terkait
- Pikiran magis

Waham:

- Agama
- Somatik
- Kebesaran

- Curiga
- Nihilistik
- Sisip pikir
- Siar pikir
- Kontrol pikir

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

9. Proses pikir

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

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

10. Tingkat kesadaran

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

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

11. Memori

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

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

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

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

13. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan
- Gangguan bermakna

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

14. Daya tilik diri (*insight*)

- Gangguan ringan
- Gangguan bermakna

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

G. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

	Bantuan minimal	Bantuan total	
1. Makan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. BAB/BAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Mandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Berpakaian/berhias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Penggunaan obat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Ya	Tidak
6. Pemeliharaan Kesehatan			
Perawatan lanjutan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perawatan pendukung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aktifitas di rumah			
Mempersiapkan makanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menjaga kerapian rumah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mencuci pakaian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pengaturan keuangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aktivitas di luar rumah			
Belanja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Transportasi
- Lain-lain

9. Istirahat/tidur

Tidur siang lama:

s.d.....

Tidur malam

lama:.....s.d.....

Kegiatan sebelum/sesudah tidur:

.....

.....

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

H. MEKANISME KOPING

Adaptif	Maladaptif
<input type="checkbox"/> Berbicara dengan orang lain	<input type="checkbox"/> Minum alkohol
<input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah	<input type="checkbox"/> Reaksi lambat
<input type="checkbox"/> Teknik relaksasi	<input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan
<input type="checkbox"/> Aktivitas konstruktif	<input type="checkbox"/> Menghindar
<input type="checkbox"/> Olah raga	<input type="checkbox"/> Mencederai diri sendiri
<input type="checkbox"/> Distraksi	<input type="checkbox"/> Lainnya
<input type="checkbox"/> Lainnya
.....
.....	

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

I. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- a. Masalah dengan dukungan kelompok:
- b. Masalah dengan lingkungan:
- c. Masalah dengan pendidikan:
- d. Masalah dengan pekerjaan:
- e. Masalah dengan perumahan:
- f. Masalah dengan ekonomi:
- g. Masalah dengan pelayanan kesehatan:

Masalah keperawatan:

J. KURANG PENGETAHUAN TENTANG:

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

Jelaskan:

Masalah keperawatan:

K. ASPEK MEDIS

Dx Medis :

Axis I :

Axis II :

Axis III :

Axis IV :

Axis V :

Terapi Medis:

Pemeriksaan penunjang:

Tanggal: jam:

Kategori	Nama pemeriksaan	Item pemeriksaan	Batas Normal	Hasil

M. TAHAPAN PENANGANAN KLIEN

1. Skor kategori :
2. Tahapan penanganan fase :
3. Tujuan pengobatan :
4. Intervensi keperawatan :
5. Hasil yang diharapkan :

N. ANALISA DATA

NO	DATA	PROBLEM
.		

O. Diagnosa Keperawatan

- 1.
- 2.

P. RENCANA KEPERAWATAN

NO	DX.	TUJUAN	INTERVENSI

Q. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/tanggal :

NO	DX	WAKTU	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
				S O A P	

**PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMULIR
PENGKAJIAN
KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA**

A. IDENTITAS PASIEN

1. Perawat yang merawat pasien melakukan perkenalan dan kontrak waktu dengan pasien tentang nama dan panggilan perawat, nama dan panggilan pasien, tujuan, waktu dan tempat pertemuan dan topik yang akan dibicarakan.
2. Tulis identitas pasien meliputi: nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, alamat, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk, nomor Rekam Medis (RM), diagnosa medis, penanggung jawab dan tanggal pengkajian.

B. ALASAN MASUK/FAKTOR PRESIPITASI

Tanyakan kepada pasien/keluarga:

1. Apa yang menyebabkan pasien/keluarga datang ke rumah sakit saat ini?
2. Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga untuk mengatasi masalah ini?
3. Bagaimana hasilnya?

C. FAKTOR PREDISPOSISI

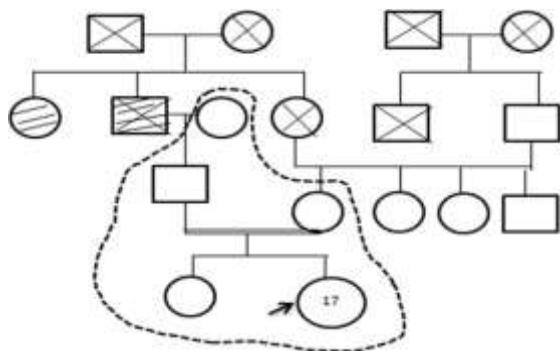
1. Tanyakan pada pasien/keluarga apakah pasien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, apabila “ya” beri tanda “√” pada kota “ya”, apabila “tidak” beri tanda “√” pada kotak “tidak”.
2. Apabila jawaban pada poin 1 adalah “ya”, tanyakan bagaimana hasil pengobatan sebelumnya. Apabila dia dapat beradaptasi di masyarakat tanda gejala gangguan jiwa beri tanda “√” pada kota “berhasil”, apabila dapat beradaptasi di masyarakat tetapi masih menunjukkan gejala siswa, beri tanda “√” pada kota “kurang berhasil”. Dan apabila tidak ada kemajuan atau gejala bertambah atau menetap, beri tanda “√” pada kota “tidak berhasil”.
3. Tanyakan pada pasien apakah pasien pernah melakukan, mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan criminal. Beri tanda “√” sesuai dengan keterangan pasien/keluarga dan apakah pasien bertindak sebagai pelaku, koban atau saksi serta tuliskan pada usia berapa pasien mengalami hal tersebut.
4. Tanyakan pada pasien/keluarga apakah ada anggota keluarga lain yang mengalami

gangguan jiwa. Beri tanda “√” pada kotak “ada” atau “tidak” sesuai dengan jawaban pasien/keluarga. Apabila jawaban “ada”, tanyakan bagaimana hubungan pasien dengan anggota keluarga tersebut. Tanyakan apa gejala yang dialami serta riwayat pengobatan dan perawatan yang pernah diberikan pada anggota keluarga tersebut.

5. Tanyakan pada pasien/keluarga tentang pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan/kehilangan/perpisahan/kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami pasien pada masa lalu.
6. Tuliskan masalah keperawatan yang muncul sesuai data yang diperoleh pada poin 1 sd 5.

D. PEMERIKSAAN FISIK

1. Ukur dan observasi tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi pasien.



c.

tidak sesuai dengan waktu, tempat, identitas, dan situasi/kondisi. Atau ada perubahan dalam cara pasien berpakaian dibandingkan hari-hari sebelumnya (biasanya).

- d. Jelaskan hal-hal yang ditampilkan pasien dan kondisi lain yang tidak tercantum.
- e. Tulis masalah keperawatan yang muncul sesuai data yang diperoleh.

2. Pembicaraan

- a. Amati pembicaraan pasien, apakah cepat, keras, gagap, inkoheren, membisu, apatis, dan/atau lambat, kemudian beri tanda “√” sesuai kondisi pasien.
- b. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.
- c. Tulis masalah keperawatan yang muncul sesuai data yang diperoleh.

3. Aktivitas motorik (data ini diperoleh melalui hasil observasi perawat/keluarga)

- a. Lesu, tegang, dan gelisah yang tampak jelas
- b. Agitasi, jika pasien menunjukkan aktivitas motorik yang berlebihan (pasien tidak bisa diam).
- c. Grimace, jika pasien menunjukkan gerakan otot muka yang berubah-ubah dan tidak dapat terkontrol oleh pasien.
- d. Tremor, jika pasien menunjukkan jari-jari tampak gemetar ketika pasien mengulurkan tangan dan merentangkan jari-jari.
- e. Kompulsif, jika pasien menunjukkan kegiatan berulang-ulang seperti berulang kalau mencuci tangan, mencuci muka atau mandi.

- f. Jelaskan aktivitas yang ditampilkan pasien dan kondisi lain yang tidak tercantum.
 - g. Tulis masalah keperawatan yang muncul sesuai data yang diperoleh.
4. **Alam perasaan** (Data ini diperoleh melalui hasil observasi perawat/keluarga)
- a. Sedih, putus asa, gembira berlebihan yang tampak jelas.
 - b. Ketakutan, jika objek yang ditakuti sudah jelas.
 - c. Khawatir, jika objek yang membuat cemas belum jelas.
 - d. Jelaskan kondisi lain yang tidak tercantum
 - e. Tulis masalah keperawatan yang muncul sesuai data yang diperoleh.
5. **Afek** (data ini diperoleh melalui hasil observasi perawat/keluarga)
- a. Datar, jika tidak ada perubahan rona muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.
 - b. Tumpul, jika hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat
 - c. Labil, jika emosi pasien berubah dengan cepat

- d. Tidak sesuai, jika emosi pasien tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada
 - e. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum
 - f. Tulis masalah keperawatan yang muncul sesuai data yang diperoleh.
- 6. Interaksi selama wawancara** (data ini diperoleh melalui hasil wawancara dan observasi perawat/keluarga)
- a. Bermusuhan, tidak kooperatif, dan mudah tersinggung tampak jelas.
 - b. Kontak mata kurang, jika tidak mau menatap lawan bicara, pandangan mata kearah lain, atau pandangan mata berpindah-pindah.
 - c. Defensive, jika pasien selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya.
 - d. Curiga, jika menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya pada orang lain.
 - e. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum
 - f. Tulis masalah keperawatan yang muncul sesuai data yang diperoleh.
- 7. Persepsi**
- a. Jenis-jenis halusinasi sudah jelas

- b. Jelaskan isi halusinasi, frekuensi, gejala yang nampak pada saat pasien halusinasi, dan perasaan pasien terhadap halusinasinya
 - c. Tulis masalah keperawatan yang muncul sesuai data yang diperoleh.
8. **Isi pikiran** (data didapatkan melalui wawancara)
- a. Observasi, pikiran yang selalu muncul walaupun pasien berusaha menghilangkannya.
 - b. Fobia, ketakutan yang patologis/tidak logis terhadap obyek/situasi tertentu.
 - c. Hipokondiria, keyakinan terhadap adanya gangguan pada organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada.
 - d. Depersonalisasi, perasaan pasien yang merasa asing terhadap diri sendiri, orang lain atau lingkungan.
 - e. Ide yang terkait, keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi di lingkungan mempunyai bermakna dan terkait pada dirinya.
 - f. Pikiran magis, keyakinan pasien tentang kemampuannya untuk melakukan hal-hal yang mustahil/diluar kemampuannya.
 - g. Waham

- Agama, keyakinan pasien yang berlebihan terhadap suatu agama dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
- Somatic, keyakinan pasien terhadap tubuhnya (cacat, mengalami gangguan atau sakit) dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
- Kebesaran, keyakinan pasien yang berlebihan terhadap kemampuan, identitas, kekuatan, atau memiliki hubungan khusus dengan tokoh terkenal; dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
- Curiga, keyakinan pasien bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
- Nihilistik, keyakinan pasien bahwa ada bagian dari diri pasien atau seluruh dirinya sudah tidak ada di dunia/keminggal atau seluruh dunia tidak ada dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.

kenyataan. Misalnya: “Dunia ini sudah berakhir” “Aku sudah mati”.

Waham yang bizarre:

- Sisip pikir, keyakinan pasien bahwa ada ide/pikiran orang lain yang disisipkan dalam pikirannya dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
 - Siar pikir, keyakinan pasien bahwa orang lain mengetahui apa yang dipikirkannya, walaupun dia tidak mengatakan pada orang tersebut dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
 - Control pikir, keyakinan pasien bahwa pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar.
- h. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.
- i. Tulis masalah keperawatan yang muncul sesuai data yang diperoleh.
9. **Proses pikir** (data diperoleh dari observasi ketika wawancara)
- a. Sirkumtansial, pembicaraan yang berbelit-belit, tetapi sampai pada tujuan pembicaraan (menjawab pertanyaan yang diberikan)

- b. Tangensial, pembicaraan yang berbelit-belit, tetapi tidak sampai pada tujuan pembicaraan (pertanyaan tidak terjawab)
 - c. Kehilangan asosiasi, pembicaraan yang tidak memiliki hubungan antara satu kalimat dan kalimat lainnya, serta pasien tidak menyadarinya.
 - d. *Flight of ideas*, pembicaraan yang meloncat dari satu topic ke topic lainnya dengan cepat dan terus menerus, masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai tujuan pembicaraan.
 - e. *Blocking*, pembicaraan yang terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.
 - f. Pengulangan pembicaraan/*perseverasi*, pembicaraan yang diulang berkali-kali walaupun pertanyaan yang diajukan berbeda.
 - g. Jelaskan apa yang dikatakan pasien sesuai wawancara.
 - h. Tulis masalah keperawatan yang muncul sesuai data yang diperoleh.
10. **Tingkat kesadaran** (data tentang bingung dan sedasi diperoleh melalui wawancara dan observasi, stupor diperoleh melalui observasi, orientasi pasien (waktu, tempat dan orang) diperoleh melalui wawancara).

- a. Bingung, pasien tampak bingung dan kacau.
 - b. Sedasi, pasien mengatakan bahwa ia merasa melayang-layang antara sadar/tidak sadar.
 - c. Stupor, gangguan motorik, seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh pasien dalam sikap canggung yang dipertahankan dalam waktu yang lama, tetapi pasien menyadari apa yang terjadi di lingkungannya.
 - d. Orientasi, persepsi/orientasi pasien terhadap waktu, tempat dan orang.
 - e. Jelaskan data objektik dan subjektif yang terkait dengan hal-hal diatas.
 - f. Masalah keperawatan sesuai dengan data.
 - g. Jelaskan apa yang dikatakan pasien saat wawancara.
11. **Memori** (data diperoleh melalui wawancara)
- a. Gangguan daya ingat jangka panjang, tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan.
 - b. Gangguan daya ingat jangka pendek, tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir.
 - c. Gangguan daya ingat saat ini, tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi.

- d. Konfabulasi, pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.
- e. Jelaskan sesuai dengan data terkait.
- f. Masalah keperawatan sesuai data.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung (data diperoleh melalui wawancara)

- a. Mudah dialihkan, perhatian pasien mudah berganti dari obyek ke obyek lain.
- b. Tidak mampu berkonsentrasi, pasien selalu minta agar pertanyaan diulang/tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.
- c. Tidak mampu berhitung, tidak dapat melakukan penambahan/pengurangan pada benda-benda nyata.
- d. Jelaskan sesuai dengan data terkait.
- e. Masalah keperawatan sesuai data.

13. Kemampuan penilaian

- a. Gangguan kemampuan penilaian ringan, dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Contoh: berikan kesempatan kepada pasien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan sebelum

mandi. Jika diberi penjelasan, pasien dapat mengambil keputusan.

- b. Gangguan kemampuan penilaian bermakna, tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. Contoh seperti poin 13a, mampu setelah diberikan penjelasan, pasien tidak mampu mengambil keputusan.
- c. Jelaskan sesuai dengan data terkait.
- d. Masalah keperawatan sesuai data.

14. **Daya tilik diri/insight** (data diperoleh melalui wawancara)

Kaji tentang: kesadaran terhadap kelemahan/keterbatasan yang dimiliki pasien, konsekuensi dan tindakan pasien, kesadaran akan masalah yang dialami pasien, serta kebutuhan pasien terhadap perawatan.

- a. Gangguan ringan, pasien mengingkari penyakit yang diderita, tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik, emosi) ada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan.
- b. Gangguan bermakna, pasien menyalahkan hal-hal di luar dirinya seperti menyalahkan orang lain/lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.
- c. Jelaskan sesuai dengan data terkait.

d. Masalah keperawatan sesuai data.

G. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

1. Makan
 - a. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka/tidak suka/pantangan) dan cara makan.
 - b. Observasi kemampuan pasien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.
2. BAB/BAK (defekasi/berkemih)
Observasi kemampuan pasien untuk defekasi/berkemih
 - a. Pergi ke WC, menggunakan dan kemudian membersihkannya.
 - b. Membersihkan diri dan merapikan pakaian.
3. Mandi
 - a. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikar gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur (kumis jenggot dan rambut).
 - b. Observasi kebersihan tubuh dan bau badan.
4. Berpakaian/berhias
 - a. Observasi kemampuan pasien untuk mengambil, memilih dan mengenakan pakaian sendiri dan mengenakan alas kaki.

- b. Observasi penampilan/dandanan pasien.
 - c. Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian.
 - d. Nilai kemampuan yang harus dimiliki pasien, seperti mengambil, memilih dan mengenakan pakaian.
5. Penggunaan obat
- Observasi dan tanyakan pada pasien serta keluarga tentang:
- a. Penggunaan obat: frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara pemberian.
- b. Observasi reaksi obat.
6. Pemeliharaan Kesehatan
- Tanyakan pada pasien dan keluarga tentang:
- a. Apa, bagaimana, kapan, dan tempat perawatan lanjutan.
 - b. Siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi, dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.
7. Aktivitas di rumah
- Tanyakan kemampuan pasien dalam:
- a. Merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan.
 - b. Merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu, dan mengepel).
 - c. Mencuci pakaian sendiri.
 - d. Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

8. Aktivitas di luar rumah
Tanyakan kemampuan pasien dalam:
 - a. Belanja untuk keperluan sehari-hari.
 - b. Melakukan perjalanan mandiri, yaitu dengan jalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum.
 - c. Aktivitas lain yang dilakukan di luar rumah (ke pelayanan umum: pasar, kantor pos, dll)
9. Istirahat/tidur
Observasi dan tanyakan tentang:
 - a. Lama dan waktu tidur siang/malam.
 - b. Persiapan sebelum tidur, seperti menggosok gigi, mencuci kaki dan berdoa.
 - c. Aktivitas sesudah tidur, seperti merapikan tempat tidur, mandi/cuci muka dan menyikat gigi.
10. Jelaskan sesuai dengan data terkait.
11. Masalah keperawatan sesuai data.

H. MEKANISME KOPING

Dapat didapat melalui wawancara pada pasien atau keluarganya. Beri tanda “√” pada kotak koping yang dimiliki pasien, baik adaptif maupun maladaptif.

I. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Data didapatkan melalui wawancara pada pasien atau keluarga dan disesuaikan dengan tahapan tumbuh kembang klien. Untuk setiap masalah yang dimiliki pasien, berikan uraian spesifik, singkat dan jelas.

J. ASPEK PENGETAHUAN

Data diperoleh melalui wawancara dengan pasien. Untuk setiap poin masalah kurang pengetahuan yang dimiliki pasien, tuliskan dalam masalah keperawatan.

K. ASPEK MEDIS

1. Tuliskan diagnose media pasien yang telah dirumuskan oleh dokter yang merawat termasuk Axis I, II, III, IV dan V.

Axis I

Axis I menjelaskan tentang gangguan klinis/fokus klinis dari pasien. Di axis I ini dituliskan kode diagnostik dan nama DSM-IV (semua jenis gangguan mental kecuali gangguan kepribadian dan retradasi mental). Misalnya: F20.1 schizoprenia hebephrenic

Axis II

Axis II memuat gangguan kepribadian atau retradasi mental (*intellectual disability*) yang dialami pasien. Misalnya: F60.1 Gangguan kepribadian schizoid

Axis III

Axis III memuat kondisi medis umum yang dialami pasien. Menggunakan kode ICD-10 dan nama kondisinya. Misalnya 564.1 *Irritable Bowel Syndrome*

Axis IV

Axis IV memuat masalah psikososial atau masalah lingkungan: keluarga, kelompok pendukung, sosial, pekerja, pendidikan, perawatan kesehatan, hukum, kriminal atau masalah yang lainnya. Misalnya: mempunyai dua anak kecil yang tinggal di rumah

Axis V

Axis V memuat nilai GAF (*Global Assessment of Functioning*). GAF berguna untuk menilai keseluruhan fungsi dari seseorang individu. Nilai ini menggambarkan secara global (umum) tentang fungsi psikologis, sosial, dan okupasional pasien. Skor dijelaskan pada table berikut:

Skor GAF	Catatan: Gunakan kode intermediate jika perlu (misalnya: 45, 68, 72)
100-91	Mampu berfungsi dengan sangat baik dalam berbagai macam kegiatan, mampu menyelesaikan masalah dalam hidup, diperlukan/dicari oleh orang lain karena memiliki banyak kualitas positif dalam dirinya. Tidak ada gejala.

81-90	Gejala minimal atau tidak ada gejala (misalnya, cemas ringan sebelum ujian), berfungsi dengan baik di semua area, tertarik dan terlibat dalam berbagai macam kegiatan, efektif secara sosial; secara umum merasa puas dengan hidupnya; menghadapi masalah yang umum saja (misalnya, berbeda pendapat dengan keluarga)
71-80	Jika ada gejala, hanya sementara saja dan merupakan respon wajar dari stressor psikososial (misalnya, kesulitan berkonsentrasi setelah terjadi perbedaan pendapat atau argumentasi dengan keluarga); gangguan ringan dalam fungsi social, pekerjaan, atau sekolah (misalnya, tertinggal sementara dalam pelajaran sekolah)
61-70	Terdapat beberapa gejala ringan (misalnya: mood terdepresi atau insomnia ringan) ATAU beberapa kesulitan dalam fungsi social, okupasional, atau sekolah (misalnya, sering membolos, atau mencuri di rumah, tapi fungsi secara umum cukup baik, mempunyai beberapa hubungan interpersonal yang berarti.
51-60	Terdapat gejala moderate (misalnya afek datar dan pembicaraan sirkumtansial, kadang-kadang mengalami serangan panik) ATAU kesulitan moderat dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau sekolah (misalnya, temannya sedikit, mempunyai konflik dengan teman sebaya atau teman kerja)
41-50	Mengalami gejala yang serius (misalnya ide bunuh diri, ritual obsesif yang parah, sering mencuri) ATAU gangguan serius di fungsi social pekerjaan dan sekolah (misalnya tidak punya teman, tidak bisa menjaga pekerjaan)

31-40	Terdapat beberapa gangguan di uji realita atau komunikasi (misalnya, pembicaraan kadang-kadang tidak logis, membningungkan, atau tidak relevan) ATAU gangguan mayor dalam beberapa area, seperti bekerja, sekolah, huungan keluarga, penilaian, berpikir, atau mood (misalnya, orang yang depresi dan menghindari teman-teman, mengabaikan keluarga, dan tidak mampu bekerja; anak-anak yang suka memukul anak yang lebih muda, tidak patuh, dan gagal di sekolah)
21-30	Perilaku di pengaruhi oleh delusi (waham) atau halusinasi ATAU gangguan serius dalam berkomunikasi atau penilaian (misalnya, kadang-kadang inkoheren, bertindak dengan tidak sesuai, selalu memikirkan bunuh diri) ATAU ketidakmampuan untuk berfungsi dalam hamper semua area (misalnya, di tempat tidur seharian; tidak punya pekerjaan, rumah atau teman)
11-20	Ada bahaya melukai diri sendiri atau orang lain (misalnya, usaha bunuh diri tanpa tujuan untuk mati; sering melakukan kekerasan; maniak) ATAU sering gagal untk mempertahankan kebersihan diri yang minimal (misalnya, terdapat kotoran feses) ATAU gangguan nyata pada komunikasi (misalnya, sangat inkoheren atau membisu)
1-10	Bahaya yang persisten untuk melukai diri sendiri atau orang lain (misalnya, kekerasan yang berulang) ATAU ketidakmampuan yang persisten untuk mempertahankan kebersihan diri yang minimal ATAU perilaku bunuh diri yang serius dengan harapan yang jelas untuk mati

2. Tuliskan obat-obatan (nama, dosis dan manfaat obat) pasien **saat ini**, baik obat penyakit fisik maupun psikofarmaka dan terapi lain serta pemeriksaan penunjang berserta hasilnya yang telah dilakukan terhadap pasien.

L. TAHAPAN PENANGANAN PASIEN

Tentukan skor gangguan jiwa yang sedang dialami oleh pasien.

M. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN PASIEN

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

N. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

Rumuskan diagnose dengan rumusan permasalahan (P) dan etiologi (E).

Pada akhir pengkajian, tulis tempat dan tanggal pengkajian serta dan tangan dan nama jelas mahasiswa/perawat yang mengkaji pasien.

SISTEM KATEGORI PASIEN JIWA

Identitas Pasien: _____

Screening awal: Apakah pasien berkeinginan bunuh diri/ide pulang paksa Ya/Tidak
(Jika jawaban “Ya”, pasien langsung masuk kategori IV/krisis)

Variabel	Skor	Skor	Skor	Skor
Mencederai diri/orang lain	Tidak ada (0) Tidak ada ide/keinginan mencederai diri/orang lain/ secara fisik tidak mampu mencederai diri/orang lain	Risiko kecil (16) Ada ide/keinginan mencederai diri/orang lain (tapi tidak ingin melakukan setelah mengetahui konsekuensinya) /apabila ada	Risiko besar (34) Ada ide/keinginan mencederai diri sendiri/orang lain (meskipun mengetahui konsekuensinya)/ memiliki halusinasi tingkat 3-4 dengan isi	Aktual (50) Telah (maksimal 3 hari setelah melakukan perilaku kekerasan) atau sedang melakukan perilaku mencederai

		<p>halusinasi tingkat 1-2 atau tingkat 3-4 tetapi pasien telah mampu mengontrol halusinasinya</p>	<p>halusinasi berkaitan dengan perintah melakukan kekerasan pada diri atau orang lain tetapi pasien belum melaksanakan perintah halusinasi/belum dapat mengontrol halusinasi</p>	<p>diri/orang lain/memiliki halusinasi tingkat 3-4 dengan isi halusinasi berkaitan dengan perintah melakukan kekerasan pada diri/ora orang lain/halusinasi berisi perintah untuk melarikan diri dan pasien sudah/ingin melaksanakan</p>
--	--	---	--	---

				perintah halusinasi	
Komunikasi	Ada respon dan sesuai, lancar (0)	Ada respon dan sesuai, tidak lancar (14)	Ada respon, tidak sesuai (26)	Tidak ada respon. Pasien tidak mampu menjawab/tidak sadar (40)	
Interaksi sosial*	Bersedia melakukan interaksi/terlibat dengan kelompok besar (0)	Bersedia interaksi dengan lebih dari 1 orang (5)	Bersedia berinteraksi hanya dengan 1 orang (10)	Tidak bersedia interaksi/memangtung/menyendiri tanpa aktivitas/aktivitas tidak bertujuan/tidak mampuinteraksi (15)	
ADL ***	Makan	Mandiri (0) dapat melakukan	Mandiri perlu pengawasan (3) Dapat	Dengan bantuan (7) Perlu bantuan	Menolak (10) Tidak bersedia melakukan

		sendiri/apabila menolak karena alasan yang dapat diterima dan tidak membahayakan pasien	melakukan sendiri dan perlu pengawasan dari petugas kesehatan untuk memastikan dilakukannya kegiatan	untuk melakukan kegiatan	kegiatan/melakukan kegiatan dengan intervensi khusus
	Mandi	Mandiri (0) Idem	Mandiri perlu pengawasan (3) Idem	Dengan bantuan (7) Idem	Menolak (10) Idem
	Berpakaian	Mandiri (0) Idem	Mandiri perlu pengawasan (3) Idem	Dengan bantuan (7) Idem	Menolak (10) Idem
Tidur/istirahat ****		Tenang (0) Tidak terjaga, atau apabila terjaga karena alasan yang	Dapat tidur tapi perlu intervensi keperawatan (3) Terjaga maksimal 1x dan	Tidak dapat tidur nyenyak dan kadang perlu intervensi keperawatan/far	Gangguan tidur berat/pasien tidak sadar (0) Tidak dapat tidur lebih dari

	dapat diterima (misalnya: haus, dingin, atau ingin ke kamar kecil)	memerlukan intervensi keperawatan untuk tidur kembali	farmakologi (7) Bersedia mengikuti pengobatan tetapi dengan intervensi/bantuan oleh lebih dari 1 tenaga kesehatan	24 jam baik dengan atau tanpa obat/pasien tidak sadar
Pengobatan oral/injeksi *****	Aktif berpartisipasi (0) Bersedia mengikuti pengobatan (farmakologi; oral/injeksi/ECT, dll) Dengan 1x pengarahannya	Partisipasi dengan intervensi 1-1 (3) Bersedia mengikuti pengobatan karena motivasi/bantuan dari tenaga kesehatan (1-1)/keluarga/orang	Bersedia dengan intervensi lebih dari 1 tenaga kesehatan (7) Bersedia mengikuti pengobatan tetapi dengan intervensi/bantuan oleh lebih dari 1 tenaga kesehatan	Menolak (10) Tidak bersedia mengikuti pengobatan baik dengan atau tanpa kesadaran/pengobatan dapat diberikan dengan intervensi

			ng yang berarti bagi pasien		khusus
Aktivitas terjadwal	Makan	Mengikuti jadwal dengan 1x pengarahan dan rentang waktu sesuai dengan yang diharapkan (0)	Lebih daari satu kali pengarahan. Dan perlu pengawasan dan motivasi dan aktivitas dilakukan sesuai dengan rentang waktu yang telah ditetapkan untuk kegiatan (3)	Perlu lebih dari satu kali pengarahan, dan rentang waktu lebih lama dari rentang waktu yang diharapkan (7)	Tidak mampu mengikuti pengarahan baik daam keadaan sadar/tidak (10)*****
	Man di	Idem	Idem	Idem	Idem
	Berpakaian	Idem	Idem	Idem	Idem

Keterangan:

Secrening awal untuk bunuh diri/pulang paksa/melarikan diri hanya digunakan bila pasien mempunyai ide ini bukan karena perintah halusinasi tapi karena keinginan sendiri yang sangat kuat.

Skoring:

Skor 0-30 : Kategori I

Skor 31-59 : Kategori II

Skor 60-119 : Ktegori III

Skor ≥ 120 : Kategori IV

Kesimpulan Sistem Kategori Pasien Jiwa

SKOR	KATEGORI PASIEN	TAHAP PENANGANAN	TUJUAN PERAWATAN	FOKUS PENGKAJIAN	PRINSIP INTERVENSI KEPERAWATAN	HASIL YANG DIHARAPKAN
≥120 atau skrinin g awal “Ya:	IV	<i>Crisis</i> /Krisis	Stabilisasi	Faktor risiko yang mengancam kesehatan dan keamanan pasien	Modifikasi lingkungan untuk sediakan lingkungan yang aman	Tidak adanya bahaya pada pasien dan orang lain
60-119	III	<i>Acute</i> /Akut	Remisi/meredakan penyakit/gejala pasien	Gejala pasien dan respon koping maladaptif	Perencanaan penanganan bersama dengan pasien dan	Gejala hilang

					memberikan contoh dan pengajaran mengenai respon adaptif	
31-59	II	<i>Maintenance</i> / Pemeliharaan	Kembalinya kondisi pasien/ <i>recovery</i>	Status fungsi pasien	Penguatan dan sokongan pada respon koping adaptif pasien dan advokasi	Meningkatkan fungsi dari pasien
0-30	I	<i>Health promotion</i> / Peningkatan Kesehatan	Wellness/kesejahteraan yang optimal	Kualitas hidup pasien dan well-being	Inspirasi ide dan validasi	Kualitas hidup yang optimal

BAB IV
KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN KLIEN
GANGGUAN CITRA TUBUH

A. Pengertian

Gangguan citra tubuh adalah perasaan tidak puas seseorang terhadap tubuhnya yang diakibatkan oleh perubahan: struktur, ukuran, bentuk, dan fungsi tubuh karena tidak sesuai dengan yang diinginkan (Stuart, 2013)

B. Pengkajian

1. Pengkajian Ners

a. Subyektif:

- 1) Mengungkapkan perasaan adanya perubahan pandangan tentang tubuhnya (misalnya: penampilan, struktur dan fungsi)
- 2) Mengungkapkan persepsi adanya perubahan pandangan tentang tubuhnya dalam penampilan
- 3) Mengungkapkan merasa tidak puas dengan hasil operasi

- 4) Mengatakan merasa asing terhadap bagian tubuh yang hilang
 - 5) Mengatakan perasaan negative tentang tubuhnya
 - 6) Khawatir adanya penolakan dari orang lain
- b. Obyektif
- 1) Perubahan dan hilangnya anggota tubuh baik bentuk struktur dan fungsi
 - 2) Menyembunyikan atau memamerkan bagian tubuh yang terganggu
 - 3) Menolak melihat atau menyentuh bagian tubuh
 - 4) Aktivitas sosial menurun

C. Diagnosis Keperawatan

Gangguan Citra Tubuh

D. Tindakan keperawatan

1. Tindakan keperawatan Ners untuk Klien

a. Tujuan

- 1) Mengenalkan bagian tubuh yang terganggu

- 2) Mengidentifikasi bagian tubuh yang berfungsi dan yang terganggu
 - 3) Mengafirmasi dan melatih bagian tubuh yang sehat
 - 4) Melatih bagian tubuh yang terganggu
- b. Tindakan
- 1) Mendiskusikan persepsi klien tentang citra tubuhnya dahulu dan saat ini, perasaan, dan harapan terhadap citra tubuhnya saat ini
 - 2) Memotivasi klien untuk melihat bagian tubuh yang hilang secara bertahap, bantu klien menyentuh bagian tubuh tersebut
 - 3) Mengobservasi respon klien terhadap perubahan bagian tubuh
 - 4) Mendiskusikan kemampuan klien mengatasi masalah bagian tubuh
 - 5) Mendiskusikan bagian tubuh yang berfungsi dan yang terganggu

- 6) Membantu klien untuk melakukan afirmasi dan melatih bagian tubuh yang sehat
- 7) Memberikan kesempatan klien mendemonstrasikan afirmasi positif (3 kali)
- 8) Memberikan pujian yang realistis atas kemampuan klien
- 9) Mengajarkan klien untuk meningkatkan citra tubuh dan melatih bagian tubuh yang terganggu dengan cara sebagai berikut: Menggunakan protease, kosmetik atau alat lain sesegera mungkin dan gunakan pakaian yang baru, Motivasi klien untuk melakukan aktivitas yang mengarahkan pada pembentukan tubuh yang ideal, Menyusun jadwal kegiatan sehari-hari, Memotivasi klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari terlibat dalam aktivitas keluarga dan social

2. Tindakan keperawatan ners untuk keluarga
 - a. Tujuan keluarga mampu:
 - 1) Menenal masalah gangguan citra tubuh
 - 2) Mengetahui cara mengatasi masalah gangguan citra tubuh
 - 3) Merawat klien dengan gangguan citra tubuh
 - 4) Menyusun rencana tindakan untuk klien dengan gangguan citra tubuh
 - b. Tindakan
 - 1) Menjelaskan kepada keluarga tentang gangguan citra tubuh yang terjadi pada klien
 - 2) Menjelaskan kepada keluarga tentang cara mengatasi masalah gangguan citra tubuh
 - 3) Melatih keluarga tentang caa mengatasi masalah gangguan citra tubuh

- 4) Mengajarkan kepada keluarga tentang cara mengatasi masalah gangguan citra tubuh
- 5) Menyediakan fasilitas untuk memenuhi kebutuhan klien di rumah
- 6) Memafasilitasi interaksi di rumah
- 7) Melaksanakan kegiatan di rumah dan kegiatan social
- 8) Memberikan pujian atas kegiatan yang telah dilakukan klien
- 9) Bersama keluarga susun tindakan yang akan dilakukan keluarga untuk masalah gangguan citra tubuh
- 10) Beri pujian yang realistis terhadap keberhasilan keluarag

CHECKLIST PENILAIAN

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
<p>FASE PRA INTERAKSI (BOBOT 1)</p> <p>1. Cek catatan perawatan dan catatan medik klien</p> <p>2. Persiapkan ruangan yang dibutuhkan.</p> <p>3. Membuat rencana interaksi</p>	Tidak melakukan tahap pra interaksi	Hanya melakukan 1 item pre interaksi dengan benar	Hanya melakukan 2 item pre interaksi dengan benar	Melakukan semua item pre interaksi dengan benar
<p>FASE PERKENALAN (BOBOT 1)</p> <p>1. Memberi salam dan saling memperkenalkan diri</p> <p>2. Mengevaluasi kondisi klien</p> <p>3. Menyepakati kontrak/pertemuan</p> <p>4. Melakukan pengkajian keluhan utama</p>	Tidak Melakukan tahap perkenalan	Hanya melakukan 1 item perkenalan	Hanya melakukan 2 item perkenalan dengan benar	Melakukan semua item perkenalan dengan benar
<p>FASE ORIENTASI (BOBOT 1)</p> <p>1. Berikan salam dan panggil klien dengan namanya</p> <p>2. Memvalidasi dan mengevaluasi keadaan pasien</p> <p>3. Mengingat kontrak/pertemuan</p>	Tidak melakukan tahap orientasi	Hanya melakukan 1 tahap orientasi	Hanya melakukan 2 tahap dari orientasi	Melakukan semua item dengan benar

<p>FASE KERJA (BOBOT 6)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan 2. Berkomunikasi secara asertif 3. Mempertahankan kontak mata dan posisi sikap terbuka 	<p>Tidak melakukan semua item pada tahap kerja</p>	<p>Melakukan 1 item dari yang seharusnya dilakukan pada tahap kerja</p>	<p>Melakukan 2 item dari yang seharusnya dilakukan pada tahap kerja</p>	<p>Melakukan tahap kerja sesuai SOP dan sesuai prinsip yang benar</p>
<p>FASE TERMINASI (BOBOT 1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi objektif dan subjektif 2. Melakukan tindak lanjut 3. kontrak waktu yang akan datang 	<p>Tidak melakukan tahap terminasi</p>	<p>Hanya melakukan 1 item pada tahap terminasi</p>	<p>Hanya melakukan 2 pada tahap terminasi</p>	<p>Melakukan 3 hal yang harus dilakukan pada tahap terminasi</p>
<p>DOKUMENTASI (BOBOT 1)</p> <p>Catat nama, waktu, tanggal, tindakan, dan hasil pemeriksaan setelah dilakukan tindakan dan catat respon klien</p>	<p>Tidak melakukan dokumentasi</p>	<p>Melakukan 1-3 hal dokumentasi</p>	<p>Melakukan 4-6 hal dokumentasi</p>	<p>Melakukan 7 hal dokumentasi</p>
<p>SIKAP (BOBOT 1)</p> <p>Teliti, rapi, sopan, empati, dan memperhatikan keamanan diri sendiri dan klien</p>	<p>Tidak menunjukkan sikap yang baik kepada klien</p>	<p>Menunjukkan 2 sikap interaksi yang baik</p>	<p>Menunjukkan 4 sikap interaksi yang baik</p>	<p>Menunjukkan 5 sikap yang baik selama berinteraksi</p>
<p>TOTAL NILAI</p>				

Yogyakarta,.....,..... 2019

BAB V

**KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN KLIEN
KECEMASAN DAN KEHILANGAN**

terdekat karena kematian, kegagalan dalam menjalin hubungan baik dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan dan zat yang maha tinggi.

2. Ketegangan Hidup

Beberapa ketegangan hidup yang berkontribusi terhadap terjadinya distress spiritual adalah ketegangan dalam menjalankan ritual keagamaan, perbedaan keyakinan dan ketidakmampuan menjalankan peran spiritual baik dalam keluarga, kelompok maupun komunitas.

E. Penilaian Terhadap Stressor :

- Respon Kognitif
- Respon Afektif
- Respon Fisiologis
- Respon Sosial
- Respon Perilaku

F. Sumber Koping :

Menurut Safarino (2002) terdapat lima tipe dasar dukungan sosial bagi distres spiritual :

1. Dukungan emosi yang terdiri atas rasa empati, caring, memfokuskan pada kepentingan orang lain.
2. Tipe yang kedua adalah dukungan esteem yang terdiri atas ekspresi positif thinking, mendorong atau setuju dengan pendapat orang lain.
3. Dukungan yang ketiga adalah dukungan instrumental yaitu menyediakan pelayanan langsung yang berkaitan dengan dimensi spiritual.
4. Tipe keempat adalah dukungan informasi yaitu memberikan nasehat, petunjuk dan umpan balik bagaimana seseorang harus berperilaku berdasarkan keyakinan spiritualnya.
5. Tipe terakhir atau kelima adalah dukungan network menyediakan dukungan kelompok untuk berbagai tentang aktifitas spiritual.

Taylor, dkk (2003) menambahkan dukungan appraisal yang membantu seseorang untuk meningkatkan pemahaman terhadap stresor spiritual dalam mencapai keterampilan coping yang efektif.

CHECKLIST PENILAIAN

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
<p>FASE PRA INTERAKSI (BOBOT 1)</p> <p>1. Cek catatan perawatan dan catatan medik klien</p> <p>2. Persiapkan ruangan yang dibutuhkan.</p> <p>3. Membuat rencana interaksi</p>	Tidak melakukan tahap pra interaksi	Hanya melakukan 1 item pre interaksi dengan benar	Hanya melakukan 2 item pre interaksi dengan benar	Melakukan semua item pre interaksi dengan benar
<p>FASE PERKENALAN (BOBOT 1)</p> <p>1. Memberi salam dan saling memperkenalkan diri</p> <p>2. Mengevaluasi kondisi klien</p> <p>3. Menyepakati kontrak/pertemuan</p> <p>4. Melakukan pengkajian keluhan utama</p>	Tidak Melakukan tahap perkenalan	Hanya melakukan 1 item perkenalan	Hanya melakukan 2 item perkenalan dengan benar	Melakukan semua item perkenalan dengan benar
<p>FASE ORIENTASI (BOBOT 1)</p> <p>1. Berikan salam dan panggil klien dengan namanya</p> <p>2. Memvalidasi dan mengevaluasi keadaan pasien</p> <p>3. Mengingat kontrak/pertemuan</p>	Tidak melakukan tahap orientasi	Hanya melakukan 1 tahap orientasi	Hanya melakukan 2 tahap dari orientasi	Melakukan semua item dengan benar

<p>FASE KERJA (BOBOT 6)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan 2. Berkomunikasi secara asertif 3. Mempertahankan kontak mata dan posisi sikap terbuka 	<p>Tidak melakukan semua item pada tahap kerja</p>	<p>Melakukan 1 item dari yang seharusnya dilakukan pada tahap kerja</p>	<p>Melakukan 2 item dari yang seharusnya dilakukan pada tahap kerja</p>	<p>Melakukan tahap kerja sesuai SOP dan sesuai prinsip yang benar</p>
<p>FASE TERMINASI (BOBOT 1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi objektif dan subjektif 2. Melakukan tindak lanjut 3. kontrak waktu yang akan datang 	<p>Tidak melakukan tahap terminasi</p>	<p>Hanya melakukan 1 item pada tahap terminasi</p>	<p>Hanya melakukan 2 pada tahap terminasi</p>	<p>Melakukan 3 hal yang harus dilakukan pada tahap terminasi</p>
<p>DOKUMENTASI (BOBOT 1)</p> <p>Catat nama, waktu, tanggal, tindakan, dan hasil pemeriksaan setelah dilakukan tindakan dan catat respon klien</p>	<p>Tidak melakukan dokumentasi</p>	<p>Melakukan 1-3 hal dokumentasi</p>	<p>Melakukan 4-6 hal dokumentasi</p>	<p>Melakukan 7 hal dokumentasi</p>
<p>SIKAP (BOBOT 1)</p> <p>Teliti, rapi, sopan, empati, dan memperhatikan keamanan diri sendiri dan klien</p>	<p>Tidak menunjukkan sikap yang baik kepada klien</p>	<p>Menunjukkan 2 sikap interaksi yang baik</p>	<p>Menunjukkan 4 sikap interaksi yang baik</p>	<p>Menunjukkan 5 sikap yang baik selama berinteraksi</p>
<p>TOTAL NILAI</p>				

Yogyakarta,.....,..... 2019

BAB VIII DETEKSI DINI DESA SIAGA SEHAT JIWA

A. TUJUAN PRAKTIKUM

Tujuan praktikum deteksi dini adalah supaya mahasiswa mampu memahami dan menerapkan deteksi dini demi terwujudnya desa siaga sehat jiwa.

B. PENGERTIAN DETEKSI KELUARGA

Deteksi Keluarga merupakan screening kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun orang yang kompeten untuk mengetahui status kesehatan keluarga disuatu wilayah.

C. TUJUAN DETEKSI KELUARGA

Tujuan deteksi keluarga adalah untuk mengetahui gambaran kesehatan jiwa di wilayah tertentu dengan mengetahui :

- Jumlah keluarga yang sehat jiwa
- Jumlah keluarga yang memiliki risiko psikososial
- Jumlah keluarga yang mempunyai penderita gangguan jiwa

**LANGKAH-LANGKAH MENDETEKSI
KELUARGA
DI DESA SIAGA SEHAT JIWA**

1. Lakukan kunjungan rumah di tiap-tiap keluarga
2. Isi format deteksi keluarga di Desa Siaga Sehat Jiwa (1 lembar diisi untuk setiap kepala keluarga)
 - a. Tulis nama KK
 - b. Tulis umur (dalam tahun)
 - c. Status kawin (kawin/ belum kawin/ janda/ duda)
 - d. Pendidikan (Tidak sekolah/ SD/ SMP/ SMA/ PT)
 - e. Pekerjaan (Jenis pekerjaan)
 - f. Alamat: lorong, dusun/desa, No rumah
 - g. Kondisi kesehatan: baca keterangan status kesehatan keluarga lalu isi sesuai dengan kondisi kesehatannya dengan melingkari atau memberi tanda check (√)
3. Isi daftar rekapitulasi (jumlah kepala keluarga) yang ada di tiap-tiap dusun.. untuk mengisi nama dan alamat KK diambil dari format deteksi dini keluarga

**DAFTAR REKAPITULASI
JUMLAH KEPALA KELUARGA (KK)
DUSUN:.....
DESA:.....**

No	Nama KK	Alamat	Keterangan
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
dst			

**FORMAT
DETEKSI DINI KELUARGA
DI DESA SIAGA SEHAT JIWA**

Nama kepala keluarga :
 Umur :
 Jenis kelamin :
 Status kawin :
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Alamat :

DATA KEADAAN KELUARGA

No	Nama	Jenis Kel. (L/P)	Umur (Th)	Pendidikan	Pekerjaan	Kondisi Kesehatan			
						Sehat	Risiko Masalah Psikososial	G. Jiwa	Penyakit Kronik
1									
2									
3									
4									
dst									

Untuk kasus kesehatan lihat lembar berikut

Keterangan: Status Kesehatan Keluarga

<p><u>Gangguan Jiwa</u> Tanda tandanya:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tertawa sendiri• Bicara sendiri• Mengurung diri• Bicara kacau• Marah tanpa sebab• Tidak peduli perawatan diri• Tidak mengenali orang	<p><u>Risiko Masalah Psikososial</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Kehilangan pekerjaan/mengganggu/PHK• Kehilangan keluarga (Suami/Istri/Anak)• Kehilangan harta benda• Kehilangan anggota tubuh akibat Tsunami
<p><u>Sehat</u> Jika tidak di temukan tanda-tanda diatas</p> <p><u>Penyakit Kronik</u></p> <ul style="list-style-type: none">• TBC• Hipertensi (tekanan darah tinggi)• Jantung• Ginjal• Kencing manis• Rematik• dll	

CHECKLIST PENILAIAN

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
<p>FASE PRA INTERAKSI (BOBOT 1)</p> <p>1. Cek catatan perawatan dan catatan medik klien</p> <p>2. Persiapkan ruangan yang dibutuhkan.</p> <p>3. Membuat rencana interaksi</p>	Tidak melakukan tahap pra interaksi	Hanya melakukan 1 item pre interaksi dengan benar	Hanya melakukan 2 item pre interaksi dengan benar	Melakukan semua item pre interaksi dengan benar
<p>FASE PERKENALAN (BOBOT) T 1</p> <p>1. Memberi salam dan saling memperkenalkan diri</p> <p>2. Mengevaluasi kondisi klien</p> <p>3. Menyepakati kontrak/pertemuan</p> <p>4. Melakukan pengkajian keluhan utama</p>	Tidak Melakukan tahap perkenalan	Hanya melakukan 1 item perkenalan	Hanya melakukan 2 item perkenalan dengan benar	Melakukan semua item perkenalan dengan benar
<p>FASE ORIENTASI (BOBOT 1)</p> <p>1. Berikan salam dan panggil klien dengan namanya</p> <p>2. Memvalidasi dan mengevaluasi keadaan pasien</p> <p>3. Mengingatkan kontrak/pertemuan</p>	Tidak melakukan tahap orientasi	Hanya melakukan 1 tahap orientasi	Hanya melakukan 2 tahap dari orientasi	Melakukan semua item dengan benar

<p>FASE KERJA (BOBOT 6)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan 2. Berkomunikasi secara asertif 3. Mempertahankan kontak mata dan posisi sikap terbuka 	<p>Tidak melakukan semua item pada tahap kerja</p>	<p>Melakukan 1 item dari yang seharusnya dilakukan pada tahap kerja</p>	<p>Melakukan 2 item dari yang seharusnya dilakukan pada tahap kerja</p>	<p>Melakukan tahap kerja sesuai SOP dan sesuai prinsip yang benar</p>
<p>FASE TERMINASI (BOBOT 1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi objektif dan subjektif 2. Melakukan tindak lanjut 3. kontrak waktu yang akan datang 	<p>Tidak melakukan tahap terminasi</p>	<p>Hanya melakukan 1 item pada tahap terminasi</p>	<p>Hanya melakukan 2 pada tahap terminasi</p>	<p>Melakukan 3 hal yang harus dilakukan pada tahap terminasi</p>
<p>DOKUMENTASI (BOBOT 1)</p> <p>Catat nama, waktu, tanggal, tindakan, dan hasil pemeriksaan setelah dilakukan tindakan dan catat respon klien</p>	<p>Tidak melakukan dokumentasi</p>	<p>Melakukan 1-3 hal dokumentasi</p>	<p>Melakukan 4-6 hal dokumentasi</p>	<p>Melakukan 7 hal dokumentasi</p>
<p>SIKAP (BOBOT 1)</p> <p>Teliti, rapi, sopan, empati, dan memperhatikan keamanan diri sendiri dan klien</p>	<p>Tidak menunjukkan sikap yang baik kepada klien</p>	<p>Menunjukkan 2 sikap interaksi yang baik</p>	<p>Menunjukkan 4 sikap interaksi yang baik</p>	<p>Menunjukkan 5 sikap yang baik selama berinteraksi</p>
<p>TOTAL NILAI</p>				

Yogyakarta,.....,2019

BAB IX

KOMUNIKASI TERAPEUTIK PENGKAJIAN STATUS MENTAL PADA KLIEN HAMIL

A. TUJUAN PRAKTIKUM

Mahasiswa mampu memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa pada masa kehamilan.

B. PENGERTIAN

Kehamilan adalah suatu rangkaian yang terjadi dari mulai bertemunya sel sperma dengan sel telur yang sehat dan dilanjutkan dengan fertilisasi, nidasi dan imiantasi (Sulistyowati, 2012)

C. TANDA DAN GEJALA

1. Respon fisik

a. Tiga bulan pertama

- 1) Tidak mentruasi
- 2) Mual muntah dipagi hari
- 3) Cepat lelah dan mengantuk
- 4) Sulit buang air besar
- 5) Sulit buang air kecil

- 6) Payudara terasa penuh, nyeri tekan, gata pada puting dan areola menghitam
 - 7) Tidak menyukai bau makanan tertentu
 - 8) Lidah terasa pahit
 - 9) Produksi air ludah meningkat
 - 10)Cepat basah pada area kewanitaan
 - 11) Berat badan cenderung menurun
- b. Tiga bulan kemudian
- 1) Merasa nyaman, bertenaga dan penuh semangat
 - 2) Mulai merasakan gerak janin
 - 3) Mual muntah menghilang
 - 4) Ngidam
 - 5) Nyeri dilipat paha
 - 6) Nyeri tekan pada payudara menghiang
 - 7) Garis menghitam diperut dan kulit di wajah sedikit menggelap
 - 8) Kram pada kaki
 - 9) Sulit buang air besar

- 10) Berat badan naik rata-rata 2,5 kg perminggu
 - 11) Perut mulai kelihatan buncit
- c. Tiga bulan ketiga
- 1) Merasa kepanasan, mudah berkeringat
 - 2) Nyeri pinggang dan punggung
 - 3) Nyeri ulu hati
 - 4) Mudah sesak napas bila jalan, telentang dan menunduk
 - 5) Nyeri iga bagian bawah
 - 6) Sering berkemih
 - 7) Kesemutan pada tangan
 - 8) Gatal diperut
 - 9) Keluar cairan kuning dari puting susu
 - 10) Perubahan psotur tubuh
 - 11) Sulit tidur dengan nyenyak
 - 12) Bengkak pada kaki setelah berdiri atau duduk lama
 - 13) Varises pada bagian tubh tertentu (tidak pada semua wanita hamil)

14) Mulai terasa kencang-kencang diperut

2. Respon kognitif

- a. Berusaha mencari informasi dari banyak sumber tentang kehamilan, kelahiran dan janin (dari tenaga kesehatan dan dari pengalaman ibu yang lain)
- b. Mempersiapkan segala kebutuhan bayi baik material maupun spiritual (perlengkapan bayi, nama bayi, tempat kelahiran dll)
- c. Segera melakukan tes kehamilan dengan segera
- d. Merasakan perasaan yang berubah-ubah dari waktu ke waktu
- e. Berhati-hati dalam berpikir, perkataan dan perbuatan
- f. Berusaha menenangkan diri bila ada yang mengalami perubahan perasaan
- g. Menjaga hubungan baik dengan ibu lain untuk mendapatkan hubungan

2. Diagnosis keperawatan

Kesiapan peningkatan perkembangan anak usia toddler

3. Tindakan keperawatan

a. Tindakan keperawatan ners

1) Tindakan untuk klien

a) Latih anak melakukan kegiatan secara mandiri

b) Puji keberhasilan yang dicapai anak

c) Tidak menggunakan kata yang memerintah tetapi melatih anak memberikan pilihan-pilihan dalam memuaskan keinginannya

d) Hindari suasana yang membuat anak bersikap negatif

e) Tidak menakut-nakuti anak dengan kata-kata ataupun perbuatan, tidak mengancam anak

f) Berikan mainan sesuai usia perkembangan (mobil, boneka, bola,

balon, kertas gambar, dan pensil warna)

- g) Saat anak mengamuk (tempertantrum), pastikan ia aman dan awasi dari jauh
- h) Beri tahu tindakan yang boleh dilakukan dan yang tidak boleh dilakukan, tindakan baik dan buruk dengan kalimat positif
- i) Libatkan anak dalam kegiatan keagamaan

2) Tindakan untuk keluarga

- a) Mengkaji pemahaman keluarga tentang tahap perkembangan anak usia toddler yang harus dicapai dan yang menyimpang, cara menstimulasi, apa yang harus dilakukan jika ada tanda-tanda perkembangan anak yang menyimpang, tindak lanjut cara merawat/stimulasi dan cara mencegah terjadinya perkembangan anak yang menyimpang

- b) Diskusikan tentang tahap perkembangan anak usia toddler yang harus dicapai dan yang menyimpang
 - c) Diskusikan tentang cara yang dapat digunakan untuk menstimulasi kemandirian usia toddler
 - d) Diskusikan tentang apa yang harus dilakukan jika ada tanda-tanda perkembangan anak yang menyimpang
 - e) Diskusikan tentang tindak lanjut cara merawat/stimulasi dengan menyusun tindakan yang akan dilakukan dalam melatih kemandirian anak dan cara mencegah terjadinya perkembangan anak yang menyimpang
- 3) Tindakan untuk kelompok

Pendidikan kesehatan tentang tumbuh kembang anak usia toddler.

CHECKLIST PENILAIAN

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
<p>FASE PRA INTERAKSI (BOBOT 1)</p> <p>1. Cek catatan perawatan dan catatan medik klien</p> <p>2. Persiapkan ruangan yang dibutuhkan.</p> <p>3. Membuat rencana interaksi</p>	Tidak melakukan tahap pra interaksi	Hanya melakukan 1 item pre interaksi dengan benar	Hanya melakukan 2 item pre interaksi dengan benar	Melakukan semua item pre interaksi dengan benar
<p>FASE PERKENALAN (BOBOT) T 1</p> <p>1. Memberi salam dan saling memperkenalkan diri</p> <p>2. Mengevaluasi kondisi klien</p> <p>3. Menyepakati kontrak/pertemuan</p> <p>4. Melakukan pengkajian keluhan utama</p>	Tidak Melakukan tahap perkenalan	Hanya melakukan 1 item perkenalan	Hanya melakukan 2 item perkenalan dengan benar	Melakukan semua item perkenalan dengan benar
<p>FASE ORIENTASI (BOBOT 1)</p> <p>1. Berikan salam dan panggil klien dengan namanya</p> <p>2. Memvalidasi dan mengevaluasi keadaan pasien</p> <p>3. Mengingat kontrak/pertemuan</p>	Tidak melakukan tahap orientasi	Hanya melakukan 1 tahap orientasi	Hanya melakukan 2 tahap dari orientasi	Melakukan semua item dengan benar

FASE KERJA (BOBOT 6) 1. Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan 2. Berkomunikasi secara asertif 3. Mempertahankan kontak mata dan posisi sikap terbuka	Tidak melakukan semua item pada tahap kerja	Melakukan 1 item dari yang seharusnya dilakukan pada tahap kerja	Melakukan 2 item dari yang seharusnya dilakukan pada tahap kerja	Melakukan tahap kerja sesuai SOP dan sesuai prinsip yang benar
FASE TERMINASI (BOBOT 1) 1. Evaluasi objektif dan subjektif 2. Melakukan tindak lanjut 3. kontrak waktu yang akan datang	Tidak melakukan tahap terminasi	Hanya melakukan 1 item pada tahap terminasi	Hanya melakukan 2 pada tahap terminasi	Melakukan 3 hal yang harus dilakukan pada tahap terminasi
DOKUMENTASI (BOBOT 1) Catat nama, waktu, tanggal, tindakan, dan hasil pemeriksaan setelah dilakukan tindakan dan catat respon klien	Tidak melakukan dokumentasi	Melakukan 1-3 hal dokumentasi	Melakukan 4-6 hal dokumentasi	Melakukan 7 hal dokumentasi
SIKAP (BOBOT 1) Teliti, rapi, sopan, empati, dan memperhatikan keamanan diri sendiri dan klien	Tidak menunjukkan sikap yang baik kepada klien	Menunjukkan 2 sikap interaksi yang baik	Menunjukkan 4 sikap interaksi yang baik	Menunjukkan 5 sikap yang baik selama berinteraksi
TOTAL NILAI				

Yogyakarta,.....,..... 2019

BAB XII
KOMUNIKASI TERAPEUTIK PENGAJIAN
STATUS MENTAL ANAK USIA PRA SEKOLAH
(Inisiatif Versus Rasa Bersalah)

A. Pengertian

Adalah tahap perkembangan anak usia 3-6 tahun dimana pada usia ini anak akan belajar berinteraksi dengan orang lain, berfantasi dan berinisiatif, pengenalan identitas kelamin, meniru. Anak mulai membuat perencanaan dan melaksanakan tindakan

B. Pengkajian

1. Pengkajian Ners

- a. Anak suka mengkhayal dan kreatif
- b. Anak berinisiatif bermain dengan alat-alat dirumah
- c. Anak suka bermain dengan teman sebaya
- d. Anak mudah berpisah dengan orang tua
- e. Anak mengerti mana yang benar dan yang salah

- f. Anak belajar merangkai kata dan kalimat
 - g. Anak mengenal berbagai warna
 - h. Anak mengenal jenis kelaminnya
 - i. Anak membantu melakukan pekerjaan rumah sederhana
 - j. Belajar keterampilan baru melalui permainan
2. Diagnosis keperawatan

Kesiapan peningkatan perkembangan anak pre school (usia 3-6 tahun)

3. Tindakan keperawatan
- a. Tindakan keperawatan ners untuk klien
 - 1) Tujuan
 - a) Mempertahankan pemenuhan kebutuhan fisik yang optimal
 - b) Mengembangkan keterampilan motorik kasara dan halus
 - c) Mengembangkan keterampilan berbahasa
 - d) Mengembangkan ketrampilan adaptasi psikososial
 - e) Pembentukan identitas dan peran sesuai jenis kelamin

- f) Mengembangkan kecerdasan
- g) Mengembangkan nilai-nilai moral
- h) Meningkatkan peran serta keluarga dalam meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan

2) Tindakan

- a) Mempertahankan pemenuhan kebutuhan fisik yang optimal
 - a. Kaji pemenuhan kebutuhan fisik anak
 - b. Anjurkan pemberian makanan dengan gizi yang seimbang
 - c. Kaji pemberian vitamin dan imunisasi ulang (booster)
 - d. Ajarkan kebersihan diri
- b) Mengembangkan keterampilan motorik kasar dan halus
 - a. Kaji kemampuan motorik kasar dan halus anak
 - b. Fasilitasi anak yang bermain menggunakan motorik kasar (kejar-kejaran, papan seluncur, sepeda, sepak bola, tangkap bola, dll)

- c. Fasilitasi anak yang bermain menggunakan motorik halus (belajar menggambar, menulis, mewarnai, menyusun balok, dll)
 - d. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman untuk anak bermain dirumah
- c) Mengembangkan keterampilan berbahasa
- a. Kaji keterampilan bahasa yang dikuasai anak
 - b. Berikan kesempatan anak bertaya dan bercerita
 - c. Sering mengajak komunikasi
 - d. Ajari anak belajar membaca
 - e. Belajar bernyanyi
- d) Mengembangkan ketrampilan adaptasi psikososial
- a. Kaji ketrampilan adaptasi psikososial anak
 - b. Berikan kesempatan anak bermain dengan teman sebaya
 - c. Berikan dorongan dan kesempatan ikut perlombaan
 - d. Latih anak berhubungan dengan orang lain yang lebih dewasa

- e) Membentuk identitas dan peran sesuai jenis kelamin
 - a. Jaji identitas dan peran sesuai jenis kelamin
 - b. Ajari mengenal bagian-bagian tubuh
 - c. Ajari mengenal jenis kelamin sendiri dan mengajarkan membedakan jenis kelamin sendiri dengan anak lain
 - d. Berikan pakaian dan mainan sesuai jenis kelamin
- f) Mengembangkan kecerdasan
 - a. Kaji perkembangan kecerdasan anak
 - b. Bimbing dengan imajinasinya untuk menggali kreatifitas bercerita
 - c. Bimbing anak belajar ketrampilan baru
 - d. Beri kesempatan dan bimbing anak membantu pekerjaan rumah sederhana
 - e. Ajari penegnaan benda, warna huruf, angka
 - f. Latih membaca, menggambar dan berhitung
- g) Mengembangkan nilai-nilai moral
 - a. Kaji nilai-nilai moral yang sudah diajarkan pada anak
 - b. Ajarkan dan latih menerapkan nilai agama dan budaya yang positif

- c. Kenalkan anak terhadap nilai-nilai mana yang baik dan tidak
 - d. Berikan pujian atas nilai positif yang dilakukan anak
 - e. Latih kedisiplinan
- h) Meningkatkan peran serta keluarga dalam meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan
- a. Tanyakan kondisi pertumbuhan dan perkembangana anak
 - b. Tanyakan upaya yang dilakukan keluarga terghdp anak
 - c. Berikan reinforcement atas upaya positif yang sudah dilakukan keluarga
 - d. Anjurkan keluarga untuk rutin membawa anaknya kefasilitas kesehatan
 - e. Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan makan bergizi dan seimbang
 - f. Berikan pendidikan kesehatan tentang tugas perkembangan normal pada usia prasekolah
 - g. Berikan informasi cara menstimulasi perkembangan pada usia pra sekolah

- b. Tindakan keperawatan Ners untuk keluarga
 - a) Tujuan
 - 1) Keluarga dapat menjelaskan perilaku anak yang menggambarkan perilaku normal dan menyimpang
 - 2) Keluarga dapat menjelaskan cara memfasilitasi perkembangan anak usia pra sekolah
 - 3) Keluarga melakukan tindakan untuk memfasilitasi perkembangan anak usia pra sekolah
 - 4) Keluarga merencanakan stimulasi untuk mengembangkan kemampuan psikososial anak usia prasekolah
 - b) Tindakan
 - 1) Menjelaskan perkembangan psikososial yang normal dan menyimpang pada keluarga
 - 2) Mendiskusikan cara memfasilitasi perkembangan anak usia pra sekolah yang normal dengan keluarga
 - 3) Melatih keluarga memfasilitasi perkembangan psikososial anak
 - 4) Membuat stimulasi perkembangan psikososial anak

CHECKLIST PENILAIAN

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
<p>FASE PRA INTERAKSI (BOBOT 1)</p> <p>1. Cek catatan perawatan dan catatan medik klien</p> <p>2. Persiapkan ruangan yang dibutuhkan.</p> <p>3. Membuat rencana interaksi</p>	Tidak melakukan tahap pra interaksi	Hanya melakukan 1 item pre interaksi dengan benar	Hanya melakukan 2 item pre interaksi dengan benar	Melakukan semua item pre interaksi dengan benar
<p>FASE PERKENALAN (BOBOT) T 1</p> <p>1. Memberi salam dan saling memperkenalkan diri</p> <p>2. Mengevaluasi kondisi klien</p> <p>3. Menyepakati kontrak/pertemuan</p> <p>4. Melakukan pengkajian keluhan utama</p>	Tidak Melakukan tahap perkenalan	Hanya melakukan 1 item perkenalan	Hanya melakukan 2 item perkenalan dengan benar	Melakukan semua item perkenalan dengan benar
<p>FASE ORIENTASI (BOBOT 1)</p> <p>1. Berikan salam dan panggil klien dengan namanya</p> <p>2. Memvalidasi dan mengevaluasi keadaan pasien</p> <p>3. Mengingat kontrak/pertemuan</p>	Tidak melakukan tahap orientasi	Hanya melakukan 1 tahap orientasi	Hanya melakukan 2 tahap dari orientasi	Melakukan semua item dengan benar

<p>FASE KERJA (BOBOT 6)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan 2. Berkomunikasi secara asertif 3. Mempertahankan kontak mata dan posisi sikap terbuka 	<p>Tidak melakukan semua item pada tahap kerja</p>	<p>Melakukan 1 item dari yang seharusnya dilakukan pada tahap kerja</p>	<p>Melakukan 2 item dari yang seharusnya dilakukan pada tahap kerja</p>	<p>Melakukan tahap kerja sesuai SOP dan sesuai prinsip yang benar</p>
<p>FASE TERMINASI (BOBOT 1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi objektif dan subjektif 2. Melakukan tindak lanjut 3. kontrak waktu yang akan datang 	<p>Tidak melakukan tahap terminasi</p>	<p>Hanya melakukan 1 item pada tahap terminasi</p>	<p>Hanya melakukan 2 pada tahap terminasi</p>	<p>Melakukan 3 hal yang harus dilakukan pada tahap terminasi</p>
<p>DOKUMENTASI (BOBOT 1)</p> <p>Catat nama, waktu, tanggal, tindakan, dan hasil pemeriksaan setelah dilakukan tindakan dan catat respon klien</p>	<p>Tidak melakukan dokumentasi</p>	<p>Melakukan 1-3 hal dokumentasi</p>	<p>Melakukan 4-6 hal dokumentasi</p>	<p>Melakukan 7 hal dokumentasi</p>
<p>SIKAP (BOBOT 1)</p> <p>Teliti, rapi, sopan, empati, dan memperhatikan keamanan diri sendiri dan klien</p>	<p>Tidak menunjukkan sikap yang baik kepada klien</p>	<p>Menunjukkan 2 sikap interaksi yang baik</p>	<p>Menunjukkan 4 sikap interaksi yang baik</p>	<p>Menunjukkan 5 sikap yang baik selama berinteraksi</p>
<p>TOTAL NILAI</p>				

Yogyakarta,.....,..... 2019

BAB XIII
KOMUNIKASI TERAPEUTIK PENGAJIAN
STATUS MENTAL ANAK USIA SEKOLAH
(Industri Versus Harga Diri Rendah)

CHECKLIST PENILAIAN

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
<p>FASE PRA INTERAKSI (BOBOT 1)</p> <p>1. Cek catatan perawatan dan catatan medik klien</p> <p>2. Persiapkan ruangan yang dibutuhkan.</p> <p>3. Membuat rencana interaksi</p>	Tidak melakukan tahap pra interaksi	Hanya melakukan 1 item pre interaksi dengan benar	Hanya melakukan 2 item pre interaksi dengan benar	Melakukan semua item pre interaksi dengan benar
<p>FASE PERKENALAN (BOBOT) T 1</p> <p>1. Memberi salam dan saling memperkenalkan diri</p> <p>2. Mengevaluasi kondisi klien</p> <p>3. Menyepakati kontrak/pertemuan</p> <p>4. Melakukan pengkajian keluhan utama</p>	Tidak Melakukan tahap perkenalan	Hanya melakukan 1 item perkenalan	Hanya melakukan 2 item perkenalan dengan benar	Melakukan semua item perkenalan dengan benar
<p>FASE ORIENTASI (BOBOT 1)</p> <p>1. Berikan salam dan panggil klien dengan namanya</p> <p>2. Memvalidasi dan mengevaluasi keadaan pasien</p> <p>3. Mengingat kontrak/pertemuan</p>	Tidak melakukan tahap orientasi	Hanya melakukan 1 tahap orientasi	Hanya melakukan 2 tahap dari orientasi	Melakukan semua item dengan benar

<p>FASE KERJA (BOBOT 6)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan 2. Berkomunikasi secara asertif 3. Mempertahankan kontak mata dan posisi sikap terbuka 	<p>Tidak melakukan semua item pada tahap kerja</p>	<p>Melakukan 1 item dari yang seharusnya dilakukan pada tahap kerja</p>	<p>Melakukan 2 item dari yang seharusnya dilakukan pada tahap kerja</p>	<p>Melakukan tahap kerja sesuai SOP dan sesuai prinsip yang benar</p>
<p>FASE TERMINASI (BOBOT 1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi objektif dan subjektif 2. Melakukan tindak lanjut 3. kontrak waktu yang akan datang 	<p>Tidak melakukan tahap terminasi</p>	<p>Hanya melakukan 1 item pada tahap terminasi</p>	<p>Hanya melakukan 2 pada tahap terminasi</p>	<p>Melakukan 3 hal yang harus dilakukan pada tahap terminasi</p>
<p>DOKUMENTASI (BOBOT 1)</p> <p>Catat nama, waktu, tanggal, tindakan, dan hasil pemeriksaan setelah dilakukan tindakan dan catat respon klien</p>	<p>Tidak melakukan dokumentasi</p>	<p>Melakukan 1-3 hal dokumentasi</p>	<p>Melakukan 4-6 hal dokumentasi</p>	<p>Melakukan 7 hal dokumentasi</p>
<p>SIKAP (BOBOT 1)</p> <p>Teliti, rapi, sopan, empati, dan memperhatikan keamanan diri sendiri dan klien</p>	<p>Tidak menunjukkan sikap yang baik kepada klien</p>	<p>Menunjukkan 2 sikap interaksi yang baik</p>	<p>Menunjukkan 4 sikap interaksi yang baik</p>	<p>Menunjukkan 5 sikap yang baik selama berinteraksi</p>
<p>TOTAL NILAI</p>				

Yogyakarta,.....,..... 2019

Daftar Pustaka

Keliat, Budi A.; Akemat; Helena, Novy; & Nurhaeni, Heni. (2014). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN basic course. Jakarta : EGC

Carson, V.B. (2000). Mental Health Nursing: The nurse-patient journey. (2th ed). Philadelphia: W.B Saunders Company

Fortinash, K.M, & Holoday W.P.A (2006). Pscyatric nursing care plans, St.Lous, Mosby Your Book.

Frisch N.,&Frisch A (2011).Pscyatric mental helath nursing. 4 ed. Australia: Delmar Cengage learning.

Gail Williams, Mark Soucy. (2013). Course Overview-Role of the advanced Practice Nurse & Primary care issues of mental health/ Therapeutic Use of self. School of nursing. The university of texas helath science center at san Antonio.

Halter MJ. (2014). Varcarolis Foundations of psychiatric mental health nursing : a Clinical Approach. 7th editions. Saounders: Elseiver

Marry Ann Boyd. (2002). *Psycyatric Nursing Contemporary Practice*, second edition.

Nanda. (2018). *Nursing Diagnosis definition & Clasificatian*. Nanda International

Sheila L V. (2011). *Psychiatric mental health nursing*, fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippicot Willian & Wilkins.

Stuart, Gail W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Elseiver: singapura

Wilkinson, J. M., 2007, *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*, Jakarta: EGC

Townsend, M. C, 2009, *Psychiatric Mental Healt Nursing : Concepts of Care in Evidence-BasedPractice (6th ed.)*, Philadelphia : F.A. Davis

Mubarak, IW. 2012. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Salemba. Medika