



UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

# MODUL PRAKTIKUM

## KEPERAWATAN PSIKIATRI 2024

### PROGRAM STUDI KEPERAWATAN

---

#### Disusun oleh:

Irfan, S.Kep., Ns., M.Kep

Boby Nurmagandi, S.Kep., Ns., M.Kep

Dr. dr. Evawaty, M.Kes

Sahriana, S.Kep., Ns., M.Kep





FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

No. Dokumen : 10-Modul-Kep-2024

**MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN PSIKIATRI**

**Disusun** : Tim Penyusun

(Boby Nurmagandi, S.Kep., Ns., M.Kep)

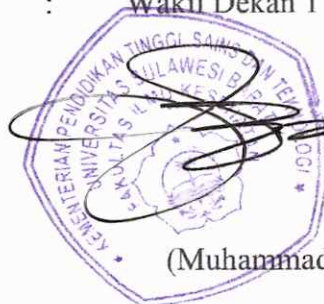
**Diajukan** : Koordinator Mata Kuliah

(Boby Nurmagandi, S.Kep., Ns., M.Kep)

**Dikendalikan** : Koordinator Program Studi

(Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kes)

**Disahkan** : Wakil Dekan 1 Bidang Akademik



(Muhammad Irwan, S.Kep., Ns., M.Kes)



KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS DAN TEKNOLOGI  
**UNIVERSITAS SULAWESI BARAT**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

Alamat: Padhang-Phadang Universitas Sulawesi Barat, Email: [fik.unsulbar@gmail.com](mailto:fik.unsulbar@gmail.com)

---

---

**VISI DAN MISI**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**  
**UNIVERSITAS SULAWESI BARAT**

a. Visi;

Pada tahun 2040 menjadi institusi pendidikan kesehatan yang unggul dalam mengembangkan dan memanfaatkan ilmu teknologi kesehatan untuk memecahkan masalah kesehatan lokal, nasional dan global.

b. Misi;

- 1) Menyelenggarakan program pendidikan kesehatan untuk menghasilkan lulusan yang berkualitas, berdedikasi tinggi dan berakhlak mulia dalam rangka memenuhi tuntutan dan kebutuhan pembangunan
- 2) Mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui kegiatan penelitian dan pengembangan inovasi di bidang kesehatan
- 3) Memanfaatkan ilmu pengetahuan, teknologi kesehatan dalam mewujudkan kesejahteraan dan peradaban yang tinggi
- 4) Mengembangkan kemitraan dengan berbagai pihak untuk penerapan dan pengembangan ilmu kesehatan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS DAN TEKNOLOGI  
**UNIVERSITAS SULAWESI BARAT**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

Alamat: Padhang-Phadang Universitas Sulawesi Barat, Email: [fik.unsulbar@gmail.com](mailto:fik.unsulbar@gmail.com)

---

**VISI DAN MISI**  
**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**  
**UNIVERSITAS SULAWESI BARAT**

Visi Misi Program Studi memiliki Pencirian yakni **Profesional, Peka Budaya, dan Tanggap Darurat** yang terwujud didalam Visi Misi, yakni;

a. Visi;

Terwujudnya program studi keperawatan yang menghasilkan tenaga keperawatan profesional tanggap darurat dan peka budaya pada tahun 2030 dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

b. Misi;

- 1) Melaksanakan Pendidikan keperawatan profesional yang tanggap darurat dan peka budaya dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- 2) Melaksanakan dan mengembangkan penelitian yang relevan dengan tantangan pelayanan kesehatan dan keperawatan.
- 3) Melaksanakan pengabdian masyarakat dengan memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.
- 4) Menyelenggarakan tata kelola good governance pada program studi.
- 5) Menjalin kemitraan dengan berbagai pihak untuk penerapan dan pengembangan ilmu keperawatan

## **KATA PENGANTAR**

Puji serta syukur saya panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada kami sehingga modul praktikum keperawatan psikiatri ini dapat tersusun dengan baik. Modul praktikum ini berisi tentang materi asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa yakni terdiri dari aspek harga diri rendah kronik, aspek isolasi sosial, aspek risiko perilaku kekerasan, aspek risiko bunuh diri, aspek gangguan persepsi sensorik halusinasi, aspek defisit perawatan diri dan aspek waham yang diperuntukkan bagi mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Universitas Sulawesi Barat.

Diharapkan mahasiswa dapat mengikuti praktikum keperawatan psikiatri dengan baik dan melaksanakan semua prosedur praktikum dengan baik dan benar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan modul ini tentunya masih terdapat beberapa kekurangan, sehingga penulis bersedia menerima saran dan kritik dari berbagai pihak untuk dapat menyempurnakan modul ini di kemudian hari.

Semoga dengan adanya modul pembelajaran ini dapat membantu proses belajar mengajar pada mata kuliah keperawatan psikiatri dengan lebih baik lagi.

Majene, September 2024

Tim Penyusun

## DAFTAR ISI

<b>Sampul .....</b>	<b>i</b>
<b>Halaman Pengesahan .....</b>	<b>ii</b>
<b>Visi Misi Fakultas .....</b>	<b>iii</b>
<b>Visi Misi Program Studi.....</b>	<b>iv</b>
<b>Kata Pengantar .....</b>	<b>v</b>
<b>Daftar Isi.....</b>	<b>vi</b>
Topik 1 Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah Kronik.....	1
Topik 2 Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensorik Halusinasi.....	4
Topik 3 Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial.....	7
Topik 4 Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan .....	10
Topik 5 Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri.....	13
Topik 6 Asuhan Keperawatan Risiko Bunuh Diri.....	16
Topik 7 Asuhan Keperawatan Waham.....	19
DAFTAR PUSTAKA .....	22

## TOPIK 1 ASUHAN KEPERAWATAN HARGA DIRI RENDAH KRONIK

### A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran.

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu mempraktikkan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah harga diri rendah kronik dengan baik dan benar.

### B. Uraian Materi

#### 1. Defenisi

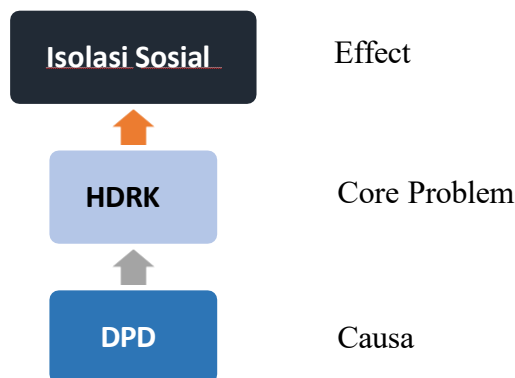
Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang di capai dengan cara menganalisis seberapa banyak kesesuaian tingkah laku dengan kesesuaian ideal dirinya (Stuart & Laraia, 2016). Harga diri rendah adalah Evaluasi/perasaan negative tentang diri sendiri atau kemampuan diri yang berlangsung minimal tiga bulan (NANDA-I, 2018). Harga diri melibatkan Evaluasi diri yang negative dan berhubungan dengan perasaan yang lemah, tidak berdaya, putus asa, ketakutan, rentan, rapuh, tidak lengkap, tidak berharga dan tidak memadai (Stuart, Keliat dan Pasaribu, 2016). Evaluasi atau perasaan negative terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus (SDKI, 2016)

#### 2. Tanda dan gejala

Menilai diri negatif, mengkritik diri, menilai diri tidak berarti, meremehkan kemampuan diri, menilai diri tidak mampu melakukan apapun, Sedih, Postur tubuh menunduk, Berjalan menunduk, kontak mata kurang, berdiam diri

#### 3. Diagnosa Keperawatan

Pohon Masalah



#### 4. Tindakan Keperawatan

- Kaji tanda dan gejala HDRK
- Jelaskan proses terjadinya HDRK
- Diskusikan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki
- Bantu klien menilai aspek positif atau kemampuan yang masih dapat digunakan
- Bantu klien memilih aspek positif atau kemampuan yang akan dilatih
- Latih aspek positif atau kemampuan yang telah dipilih

## 5. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

### a) Fase Orientasi

#### 1) Salam

“Selamat siang, saya Ns..... Perawat pendamping Ibu hari ini, perawat penanggung jawab ibu adalah ners Iin”

“Nama lengkap ibu siapa? tanggal lahirnya berapa?”

“Saya cocokan dengan gelangya yah”

#### 2) Evaluasi dan validasi

“Bagaimana hari ini perasaannya ibu?”

“apakah ibu berpikir bahwa diri ibu tidak berguna?”

“bagaimana perasaan ibu saat muncul pikiran bahwa ibu tidak berguna?”

“apa yang ibu lakukan ketika muncul pikiran tersebut?”

#### 3) Kontrak

“Baik ibu, saya akan memeriksa tanda & gejala yang ibu rasakan saat ini dan merasa diri tidak berguna, dan saya kita akan melatih ibu untuk mengatasi perasaan tidak berguna yang ibu rasakan”

“Waktunya sekitar 30 menit yah ibu”

“tempatny disini yah ibu, apakah ibu setuju?”

### b) Fase Kerja

“ibu tadi ibu katakan bahwa ibu berpikir ibu tidak berguna lagi ?”

“sejak kapan muncul pikiran tersebut?”

“bagaiman perasaan ibu saat muncul pikiran tersebut?”

“apa yang ibu lakukan saat muncul pikiran tersebut?”

“baik ibu, berdasarkan hasil pemeriksaan saya, ibu mengalami masalah harga diri rendah kronik?”

“harga diri rendah kronik adalah penilaian negatif terhadap diri sendiri, seperti merasa gagal, merasa tidak berguna dll”

“penyebabnya adalah pernah merasa gagal dalam melakukan sesuatu atau mencapai keinginan yang diinginkan”

“ibu masih ingat tidak, ibu punya kemampuan apa saja dulu sebelum sakit seperti ini ?”

“apakah ibu punya prestasi saat sekolah ?”

“apakah ibu pernah bekerja dan menghasilkan uang dahulu?”

“baik ibu, saya catat yah semua prestasi dan kemampuan ibu”

### c) Fase Terminasi

#### 1) Evaluasi dan validasi

“baik ibu, bagaimana perasaan ibu setelah melakukan percakapan dengan saya?”

“bisa ibu sebutkan lagi prestasi atau kemampuan positif yang dimiliki ibu dahulu?”

“wah luar biasa, ibu hebat”

#### 2) RTL

“baik ibu, saya ingin ibu mengingat-ingat kembali lagi prestasi dan kemampuan yang ibu miliki”

“besok kita ketemu lagi dan kita akan mencoba menilai kemampuan apa yang ibu masih bisa lakukan saat ini?”

“besok kita ketemu disini lagi jam 09.00 yah ibu”

3) Salam  
“saya permisi ibu, sampai jumpa lagi besok”

6. Lembar Kerja

Lakukan tindakan keperawatan untuk melatih kemampuan positif yang dimiliki pasien sesuai dengan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada poin 5.

## TOPIK 2 ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORIK: HALUSINASI

### A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu mempraktikkan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah gangguan persepsi sensorik halusinasi dengan baik dan benar.

### B. Uraian Materi

#### 1. Defenisi

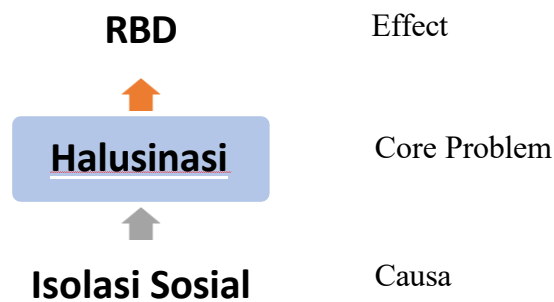
Halusinasi adalah Gejala positif dari skizofrenia pada individu yakni gangguan persepsi sensori, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penghiduan (Keliat & Akemat, 2010). Halusinasi adalah gejala gangguan jiwa berupa respons panca-indra, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan pengecapan terhadap sumber yang tidak nyata (Stuart, Keliat, Pasaribu 2017 dan Tim Pokja SDKI DPP PPN, 2016).

#### 2. Tanda dan gejala

- a) Mendengar suara tanpa ada sumber,
- b) melihat benda/orang/sinar tanpa ada objek,
- c) menghirup bau yang tidak sedap padahal tidak ada,
- d) merasakan pengecapan yang tidak enak,
- e) merasakan rabaan atau Gerakan badan,
- f) Bicara sendiri, tertawa sendiri, melihat kesatu arah, mengarahkan telinga kearah tertentu,
- g) Khawatir dan ketakutan
- h) Bicara sendiri
- i) Tertawa sendiri
- j) Melihat ke satu arah
- k) Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- l) Tidak dapat memfokuskan pikiran
- m) Diam sambil menikmati halusinasinya

#### 3. Diagnosa Keperawatan

Pohon Masasalah



#### 4. Tindakan Keperawatan

- a) Identifikasi penyebab, tanda, gejala dan dampak halusinasi
- b) Identifikasi bentuk, isi, durasi dan frekuensi halusinasi
- c) Jelaskan proses terjadinya halusinasi

- d) Latihan menghardik halusinasi
- e) Latihan mengabaikan halusinasi
- f) Latihan mengalihkan halusinasi (interaksi dengan orang lain dan melakukan aktifitas)
- g) Minum obat dengan 8 benar

5. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan

a) Fase Orientasi

1) Salam

“Selamat siang, saya Ns.... Perawat pendamping Ibu hari ini, perawat penanggung jawab ibu adalah ners Iin”

“Nama lengkap ibu siapa? tanggal lahirnya berapa?”

“Saya cocokan dengan gelangya yah”

2) Evaluasi dan validasi

“Bagaimana hari ini perasaannya ibu?”

“saya melihat ibu sering bicara sendiri”

“apakah ibu melihat atau mendengar sesuatu?”

“Berapa kali sehari suara tersebut muncul?”

“berapa lama suara tersebut muncul sampai hilang kembali?”

“bagaimana perasaan ibu saat saat suara tersebut?”

“apa yang ibu lakukan ketika suara tersebut muncul?”

3) Kontrak

“Baik ibu, saya akan memeriksa kondisi ibu yang sering mendengar suara-suara dan saya akan melatih ibu untuk mengatasi suara tersebut”

“Waktunya sekitar 30 menit yah ibu”

“tempatny disini yah ibu, apakah ibu setuju?”

b) Fase Kerja

“ibu tadi ibu katakan bahwa ibu sering mendengar suara-sauara yah?”

“sejak kapan muncul suara tersebut?”

“apa yang disampaikan oleh suara tersebut?”

“berapa kali suara tersebut muncul dalam sehari?”

“berapa lama suara tersebut muncul sampai hilang kembali?”

“apa yang ibu rasakan saat suara tersebut muncul?”

“apa yang ibu lakukan saat suara tersebut muncul?”

“bagaimana perasaan ibu saat muncul pikiran tersebut?”

“apa yang ibu lakukan saat muncul pikiran tersebut?”

“baik ibu, berdasarkan hasil pemeriksaan saya, ibu mengalami masalah gangguan persepsi sensorik halusinasi pendengaran?”

“halusinasi pendengaran adalah gangguan pada system Indera khususnya pendengaran yang salah dalam mempersepsi ransangan yang tidak ada, biasanya di tandai dengan sering mendegar suara yang sumber suara tersebut tidak ada, suara tersebut hanya kita saja yang dengar dan tidaka da orang lain yang dengar”

“baik ibu, jadi suara tersebut harus dilawan ibu, caranya dengan menghardik”

“jika suara tersebut muncul, ibu dapat menutup telinga ibu kemudian katakan pada suara tersebut untuk pergi dan jangan mengganggu ibu lagi, lakukan sampai suara tersebut hilang”

“saya praktikan yah ibu”

“coba sekarang ibu lagi yang mempraktikannya”

“wah ibu hebat”

c) Fase Terminasi

1) Evaluasi dan validasi

“baik ibu, bagaimana perasaan ibu setelah melakukan percakapan dengan saya?”

“bisa ibu praktikan kembali cara menghardik halusinasi?”

“wah luar biasa, ibu hebat”

2) RTL

“baik ibu, saya ingin ibu mempraktikannya secara mandiri setiap pagi, siang dan malam atau saat halusinasinya muncul”

“besok kita ketemu lagi dan saya akan mencari ibu cara mengatasi halusinasi dengan mengabaikan?”

“besok kita ketemu disini lagi jam 09.00 yah ibu”

3) Salam

“saya permisi ibu, sampai jumpa lagi besok”

6. Lembar Kerja

Lakukan tindakan keperawatan mengabaikan halusinasi, mengalihkan halusinasi dan minum obat sesuai dengan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada poin 5.

## TOPIK 3 ASUHAN KEPERAWATAN ISOLASI SOSIAL

### A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu mempraktikkan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah isolasi sosial dengan baik dan benar.

### B. Uraian Materi

#### 1. Defenisi

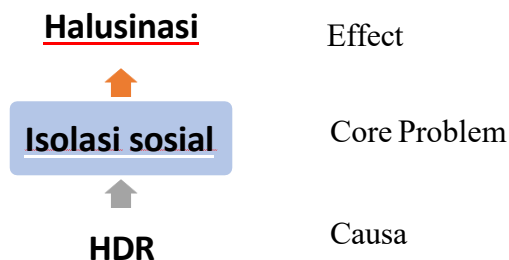
Isolasi sosial adalah kesendirian yang dialami oleh individu dan dianggap timbul karena orang lain serta sebagai suatu keadaan negatif yang mengancam (NANDA-1,2018). Ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat hangat terbuka dan independen dengan orang lain (Tim Pokja SDKI, DPP PPNI, 2016).

#### 2. Tanda dan gejala

selalu ingin sendiri, berpikir dirinya tidak diterima oleh orang lain, perasaan tidak nyaman, menarik diri, sikap bermusuhan, kontak mata kurang, menolak interaksi, berpikir diri berbeda dengan orang lain, afek sedih, afek datar, lesu, tindakan berulang

#### 3. Diagnosa Keperawatan

Pohon Masalah



#### 4. Tindakan Keperawatan

- Kaji tanda dan gejala isolasi social serta penyebabnya
- Jelaskan proses terjadinya isolasi social
- Diskusikan keuntungan berinteraksi dengan orang lain
- Diskusikan keuntungan melakukan kegiatan Bersama orang lain
- Latih klien berkenalan
- Latih klien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari
- Latih klien kegiatan social: berbelanja, kerumah ibadah, arisan

#### 5. Srategi pelaksanaan tindakan keperawatan

##### a) Fase Orientasi

##### 1) Salam

“Selamat siang, saya Ns.... Perawat pendamping Ibu hari ini, perawat penanggung jawab ibu adalah ners Iin”

“Nama lengkap ibu siapa? tanggal lahirnya berapa?”

“Saya cocokan dengan gelangya yah”

##### 2) Evaluasi dan validasi

“Bagaimana hari ini perasaannya ibu?”

“saya melihat ibu sering duduk sendiri dan tidak mau diganggu oleh orang lain yah”

“kenapa ibu sering menyendiri?”

“bagaimana perasaan ibu saat menyendiri dan bagaimana perasaan ibu saat lagi bersama teman-teman di ruangan ini?”

3) Kontrak

“Baik ibu, saya akan memeriksa kondisi ibu yang sering ingin menyendiri dan tidak mau interaksi dengan teman-teman di ruangan”

“Waktunya sekitar 30 menit yah ibu”

“tempatya disini yah ibu, apakah ibu setuju?”

b) Fase Kerja

“ibu tadi ibu katakan bahwa ibu sering menyendiri dan tidak mau kumpul sama teman-teman di ruangan yah?”

“sejak kapan perilaku tersebut tersebut?”

“apa yang menyebabkan ibu sering menyendiri?”

“ibu berdasarkan pemeriksaan saya, ibu mengalami masalah isolasi sosial yakni keinginan untuk selalu menyendiri, tidak mau bercakap-cakap dengan orang lain, merasa nyaman saat sendiri”

“ibu tahu tidak apa kekurangan kalau kita tidak punya teman?”

“kalau kelebihan memiliki teman ibu?”

“sekarang ibu mau memiliki teman atau tidak ?”

“kalau ibu ingin memiliki teman, berarti ibu harus bisa berkenalan terlebih dahulu”

“sekarang saya akan ajarkan cara berkelana kepada ibu”

“pertama ulurkan tangan kepada orang yang ingin diajak kenalan, kemudian katakan salam, kemudian sampaikan nama ibu siapa, alamatnya Dimana, umurnya berapa, dan hobynya apa, setelah itu ibu tanyakan lawan bicara ibu siapa Namanya, alamatnya Dimana, umurnya berapa dan hobynya apa”

“saya praktikan yah ibu”

“oke, silahkan ibu praktikan kembali cara berkenalan seperti yang saya contohkan tadi”

“wah ibu hebat”

c) Fase Terminasi

1) Evaluasi dan validasi

“baik ibu, bagaimana perasaan ibu setelah melakukan percakapan dan latihan berkenalan dengan saya?”

“bisa ibu praktikan kembali cara berkenalan?”

“wah luar biasa, ibu hebat”

2) RTL

“baik ibu, saya ingin ibu berkenalan dengan orang-orang yang ingin ibu ajak kenalan, minimal 3 orang yah ibu”

“besok kita ketemu lagi dan saya akan mengjari ibu cara melakukan kegiatan bersama teman sambil bercakap-cakap”

“besok kita ketemu disini lagi jam 09.00 yah ibu”

3) Salam

“saya permisi ibu, sampai jumpa lagi besok”

6. Lembar Kerja

Lakukan tindakan keperawatan bercakap-cakap sambil melakukan kegiatan dan latihan melakukan kegiatan sosial sesuai dengan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada poin 5.

## TOPIK 4 ASUHAN KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

### A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu mempraktikkan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan dengan baik dan benar.

### B. Uraian Materi

#### 1. Defenisi

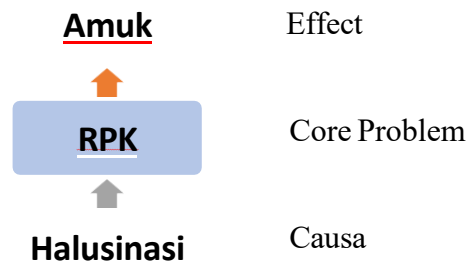
Risiko perilaku kekerasan adalah rentan melakukan perilaku yang menunjukkan dapat membahayakan orang lain secara fisik dan emosional. Brntuknya berupa verbal, fisik dan lingkungan (NANDA, 2018).

#### 2. Tanda dan gejala

- a) Mengatakan benci atau kesal dengan orang lain
- b) Mengatakan ingin memukul orang
- c) Marah, sedih
- d) Pernapasan meningkat, tekanan darah meningkat, nadi meningkat
- e) Mata melotot, pandangan tajam, rahang mengatup, wajah merah
- f) Nada suara meninggi, bicara kasar
- g) Disorientasi
- h) Riwayat melakukan tindakan kekerasan kepada diri sendiri, orang lain dan lingkungan
- i) Sarkasme
- j) Mendominasi pembicaraan

#### 3. Diagnosa Keperawatan

Pohon Masalah



#### 4. Tindakan Keperawatan

- a) Kaji tanda dan gejala RPK serta penyebabnya
- b) Jelaskan proses terjadinya RPK
- c) Latih klien melakukan relaksasi : Tarik nafas dalam, pukul kasur bantal, dan olahraga.
- d) Latih bicara dengan baik
- e) Latih deeskalasi secara verbal maupun tertulis
- f) Latih melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan keyakinan
- g) Latih minum obat dengan prinsip 9 benar

5. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan

a. Fase Orientasi

1) Salam

“Selamat siang, saya Ns.... Perawat pendamping Ibu hari ini, perawat penanggung jawab ibu adalah ners Lin”

“Nama lengkap ibu siapa? tanggal lahirnya berapa?”

“Saya cocokan dengan gelangya yah”

2) Evaluasi dan validasi

“Bagaimana hari ini perasaannya ibu?”

“saya melihat ibu sering marah-marah”

“apa yang menyebabkan ibu sering marah-marah?”

“apa yang ibu lakukan saat perasaan marahnya muncul?”

3) Kontrak

“Baik ibu, saya akan memeriksa kondisi ibu yang sering marah-marah”

“Waktunya sekitar 30 menit yah ibu”

“tempatya disini yah ibu, apakah ibu setuju?”

b. Fase Kerja

“ibu tadi ibu katakan bahwa ibu sering marah-marah yah?”

“sejak kapan sering marah-marah?”

“apa yang menyebabkan ibu sering marah-marah?”

“apa yang ibu lakukan saat perasaan marahnya muncul”

“apakah setelah itu perasaan ibu menjadi legah dan tidak marah lagi?”

“ibu berdasarkan pemeriksaan saya, ibu mengalami masalah risiko perilaku kekerasan yakni keinginan untuk marah-marah tanpa alasan yang jelas dan sulit untuk mengontrol perasaan marah tersebut”

“ibu sekarang saya akan mengajari ibu cara mengatasi perasaan marah, yaitu dengan relaksasi tarik napas dalam”

“saat perasaan marah ibu muncul, ibu lakukan relaksasi tarik napas dalam”

“caranya yaitu, ibu duduk dengan badan disandarkan, kemudian pejamkan mata, lalu tarik napas pelan-pelan melalui hidung sampai dada ibu terasa penuh, kemudian tahan selama 3 detik, kemudian hembuskan melalui mulut secara perlahan sampai terasa legah, ulangi sebanyak 3 kali atau sampai perasaan marah ibu hilang”

“saya praktikan yah ibu”

“oke, silahkan ibu praktikan kembali cara berkenalan seperti yang saya contohkan tadi”

“wah ibu hebat”

c. Fase Terminasi

1) Evaluasi dan validasi

“baik ibu, bagaimana perasaan ibu setelah melakukan percakapan dan latihan relaksasi tarik napas dalam dengan saya?”

“bisa ibu praktikan kembali cara relaksasi tarik napas dalam?”

“wah luar biasa, ibu hebat”

2) RTL

“baik ibu, saya ingin ibu latihan relaksasi tarik napas dalam setiap pagi, siang dan sore hari atau saat perasaan marah ibu muncul kembali”

“besok kita ketemu lagi dan saya akan mengajari ibu cara relaksasi dengan pukul Kasur bantal”

“besok kita ketemu disini lagi jam 09.00 yah ibu”

3) Salam

“saya permisi ibu, sampai jumpa lagi besok”

6. Lembar Kerja

Lakukan tindakan keperawatan secara verbal, deeskalasi, spiritual dan minum obat untuk mengatasi perasaan marah pasien sesuai dengan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada poin 5.

## TOPIK 5 ASUHAN KEPERAWATAN DEFISIT PERAWATAN DIRI

### A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu mempraktikkan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah defisit perawat diri dengan baik dan benar.

### B. Uraian Materi

#### 1. Defenisi

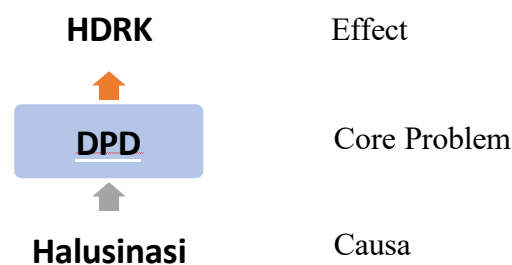
Defisit perawatan diri adalah kelemahan kemampuan untuk melakukan atau melengkapi aktifitas mandi/kebersihan diri (NANDA, 2012-2014). Defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan eliminasi/toileting secara mandiri (Keliat, 2014)

#### 2. Tanda dan gejala

- a) Menolak melakukan perawatan diri
- b) menyatakan tidak tahu cara merawat diri
- c) afek tumpul dan datar
- d) kulit, rambut, gigi dan kuku kotor
- e) pakaian kotor dan tidak rapi
- f) makan minum tidak beraturan dan kotor
- g) BAB dan BAK sembarangan
- h) Lingkungan tempat tinggal kotor
- i) Menyampaikan ketidakinginan melakukan perawatan diri
- j) Afek sedih atau marah
- k) bau pada diri dan lingkungan
- l) menggaruk badan
- m) kulit kering

#### 3. Diagnosa Keperawatan

Pohon Masalah



#### 4. Tindakan Keperawatan

- a) Jelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri
- b) melatih pasien perawatan diri: kebersihan diri
- c) Melatih pasien perawatan diri: makan minum
- d) Melatih pasien perawatan diri: BAB/BAK
- e) Melatih pasien perawatan diri: kebersihan dan perawatan lingkungan

5. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan

a) Fase Orientasi

1) Salam

“Selamat siang, saya Ns.... Perawat pendamping Ibu hari ini, perawat penanggung jawab ibu adalah ners Lin”

“Nama lengkap ibu siapa? tanggal lahirnya berapa?”

“Saya cocokan dengan gelang nya yah”

2) Evaluasi dan validasi

“Bagaimana hari ini perasaannya ibu?”

“saya melihat ibu tidak mau mandi pagi ini”

“apa yang menyebabkan ibu tidak mau mandi?”

“bagaimana perasaan ibu jika tidak mandi?”

3) Kontrak

“Baik ibu, saya akan memeriksa kondisi ibu yang tidak mau mandi”

“Waktunya sekitar 30 menit yah ibu”

“tempat nya disini yah ibu, apakah ibu setuju?”

c) Fase Kerja

“ibu tadi ibu katakan bahwa ibu tidak mau mandi yah?”

“sejak kapan ibu tidak mau mandi?”

“apa yang menyebabkan ibu tidak mau mandi?”

“bagaimana perasaan ibu jika tidak mandi?”

“ibu berdasarkan pemeriksaan saya, ibu mengalami masalah defisit perawatan diri yakni ketidakmampuan dalam merawat diri secara mandiri. Perawatan diri itu ada kebersihan diri, makan dan minum, BAB/BAK dan kebersihan lingkungan”

“yang ibu alami saat ini adalah defisit perawatan diri tentang kebersihan diri, karena ibu tidak mau mandi”

“ibu sekarang saya akan mengajari ibu cara menjaga kebersihan diri yakni cara mandi yang baik dan benar”

“pertama alat yang dibutuhkan saat mandi adalah sabun, pakaian Ganti dan handuk yang kering”

“ibu tahu tidak cara menggunakan sabun mandi yang tepat ?” “bagus sekali”

“baik, saat mau mandi kita menuju ke kamar mandi sambil membawa handuk dan pakaian ganti yang bersih dan meletakkannya di tempat yang tidak terkena air saat mandi. setelah dikamar mandi ibu membuka seluruh pakaian ibu, kemudian mengambil air menggunakan gayung dan guyur ke tubuh ibu hingga basah semua, setelah itu gosok seluruh badan ibu kecuali rambut menggunakan sabun, setelah itu kemudian bilas hingga sisa sabun dibadan ibu hilang, setelah itu keringkan tubuh ibu menggunakan handuk, kemudian pakai baju yang telah disiapkan tadi”

“coba ibu jelaskan kembali cara mandi yang baik dan benar”

“oke sekarang kita praktikan langsung ke kamar mandi yah ibu”

d) Fase Terminasi

1) Evaluasi dan validasi

“baik ibu, bagaimana perasaan ibu setelah melakukan percakapan dan mandi?”

“bisa ibu jelaskan kembali cara mandi yang baik dan benar?”

“wah luar biasa, ibu hebat”

2) RTL

“baik ibu, saya ingin ibu mandi setiap setiap pagi dan sore hari”

“besok kita ketemu lagi dan saya akan mengajari ibu cara menjaga kebersihan mulut yakni gosok gigi dengan baik”

“besok kita ketemu disini lagi jam 09.00 yah ibu”

3) Salam

“saya permisi ibu, sampai jumpa lagi besok”

6. Lembar Kerja

Lakukan tindakan keperawatan BAB/BAK dengan baik, Makan minum dengan baik dan menjaga kebersihan lingkungan kepada pasien sesuai dengan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada poin 5.

## TOPIK 6 ASUHAN KEPERAWATAN RISIKO BUNUH DIRI

### A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu mempraktikkan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah risiko bunuh diri dengan baik dan benar.

### B. Uraian Materi

#### 1. Defenisi

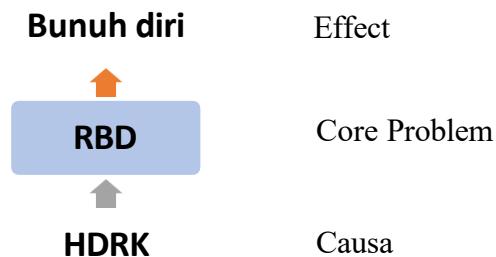
Risiko bunuh diri merupakan keadaan dimana seseorang berisiko membunuh dirinya sendiri. Risiko bunuh diri jelas menandakan seorang individu pada risiko tinggi dan membutuhkan perlindungan (Carpenito & Moyet, 2006). Bunuh diri merupakan kematian yang ditimbulkan oleh cedera, keracunan, atau sesak nafas dimana terbukti bahwa orang yang meninggal memang bermaksud untuk membunuh dirinya sendiri (Stuart, Keliat dan Pasaribu, 2016).

#### 2. Tanda dan gejala

Mengungkapkan kata-kata seperti “tolong jaga anak saya karena saya akan pergi jauh” atau “segala sesuatu akan lebih baik tanpa saya”, Mengungkapkan kata-kata “saya ingin mati, Jangan tolong saya, mengancam akan melakukan bunuh diri, mengungkapkan ingin mati, mengungkapkan rencana ingin mengakhiri hidup, mengungkapkan hal negatif tentang diri sendiri yang menggambarkan HDR, putus asa. Perasaan sedih, tidak bergairah, Menyiapkan alat untuk bunuh diri, membenturkan kepala, melakukan percobaan bunuh diri secara aktif dengan berusaha memotong nadi, menggantung diri atau minum racun, mondar-mandir

#### 3. Diagnosa Keperawatan

Pohon Masalah



#### 4. Tindakan Keperawatan

- Kaji tanda dan gejala RBD serta penyebabnya
- Jelaskan proses terjadinya RBD
- Ciptakan lingkungan yang aman dari RBD
- Membangun harapan dan masa depan
- Latih cara mengendalikan dorongan bunuh diri
- Beri motivasi untuk membangun harapan dan mengendalikan dorongan bunuh diri

5. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan

a) Fase Orientasi

1) Salam

“Selamat siang, saya Ns.... Perawat pendamping Ibu hari ini, perawat penanggung jawab ibu adalah ners Lin”

“Nama lengkap ibu siapa? tanggal lahirnya berapa?”

“Saya cocokan dengan gelang nya yah”

2) Evaluasi dan validasi

“Bagaimana hari ini perasaannya ibu?”

“saya melihat ibu sering melamun dan tidak semangat pagi ini”

“apa yang menyebabkan ibu seperti?”

“apakah ibu memiliki keinginan untuk bunuh diri”

“sejak kapan keinginan tersebut muncul?”

3) Kontrak

“Baik ibu, saya akan memeriksa kondisi ibu terkait keinginan untuk bunuh diri”

“Waktunya sekitar 30 menit yah ibu”

“tempat nya disini yah ibu, apakah ibu setuju?”

b) Fase Kerja

“ibu tadi ibu katakan bahwa ibu memiliki keinginan untuk bunuh diri yah?”

“sejak kapan ibu memiliki keinginan tersebut?”

“apa yang menyebabkan ibu ingin bunuh diri?”

“apakah sudah terpikirkan dengan cara apa ibu mau bunuh diri?”

“jadi ibu mau bunuh diri dengan cara minum racun yah?”

“ibu berdasarkan pemeriksaan saya, ibu mengalami masalah risiko bunuh diri yakni keinginan untuk mengakhiri hidup, ditandai dengan adanya keinginan mau bunuh diri dan sudah terpikirkan cara untuk bunuh diri”

“ibu, karena ibu memiliki keinginan untuk bunuh diri terutama dengan cara minum racun, berarti saat ini ibu harus selalu dalam pengawasan perawat yah ibu, ibu harus berada di ruangan yang tidak terdapat benda-benda yang dapat digunakan untuk bunuh diri terutama bahan-bahan yang dapat dikonsumsi sehingga fatal akibatnya pada ibu, benda tersebut dapat berupa benda tajam, sabun cair, cairan penyemprot ruangan, tanaman dan pembersih toilet, serta tali”

“apakah ibu setuju?”

“jika ibu setuju, ibu harus melaporkan kepada perawat jika terdapat benda-benda yang dapat digunakan untuk bunuh diri yah”

“bisa ibu sebutkan benda-benda yang dapat digunakan untuk bunuh diri tersebut?”

“apa yang harus ibu lakukan jika terdapat benda tersebut di sekitar ibu”

“benar sekali, ibu hebat”

c) Fase Terminasi

1) Evaluasi dan validasi

“baik ibu, bagaimana perasaan ibu setelah melakukan percakapan tentang keinginan ibu untuk bunuh diri?”

“bisa ibu jelaskan kembali benda apa yang dapat digunakan untuk bunuh diri, dan apa yang ibu lakukan jika terdapat benda tersebut di sekitar ibu?”

“wah luar biasa, ibu hebat”

- 2) RTL
  - “baik ibu, saya ingin ibu selalu melaporkan kepada perawat jika melihat benda-benda yang dapat digunakan untuk bunuh diri di sekitar ibu”
  - “besok kita ketemu lagi dan saya akan mengajari ibu cara mengendalikan perasaan bunuh diri”
  - “besok kita ketemu disini lagi jam 09.00 yah ibu”
- 3) Salam
  - “saya permisi ibu, sampai jumpa lagi besok”

6. Lembar Kerja

Lakukan tindakan keperawatan untuka membangun harapan dan masa depan, mengendalikan dorongan bunuh diri dan memberikan motivasi kepada pasien sesuai dengan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada poin 5.

## TOPIK 7 ASUHAN KEPERAWATAN WAHAM

### A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu mempraktikkan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah waham dengan baik dan benar.

### B. Uraian Materi

#### 1. Defenisi

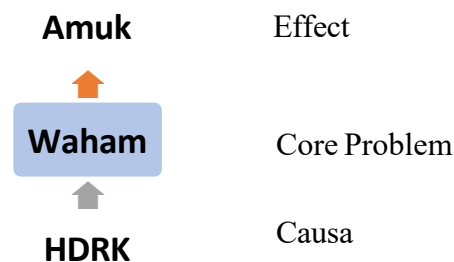
Waham adalah suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal, meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa keyakinan tersebut tidak rasional, namun penderita tetap menyakini kebenarannya (Hawari, D, 2006). Waham merupakan keyakinan salah yang didasarkan oleh kesimpulan yang salah tentang realita eksternal serta dipertahankan dengan kuat. (Keliat et.al, 2019).

#### 2. Tanda dan gejala

Mengatakan bahwa dirinya adalah artis, nabi, presiden wali dsb yang tidak sesuai dengan kenyataan, curiga dan waspada berlebih pada orang tertentu, merasa di intai dan akan membahayakan dirinya, yakin menderita penyakit fisik, inkoheren, tidak mampu mengambil keputusan, bingung, marah, khawatir berlebihan, berperilaku seperti isi waham.

#### 3. Diagnosa Keperawatan

Pohon Masalah



#### 4. Tindakan Keperawatan

- Kaji tanda dan gejala waham serta penyebabnya
- Jelaskan proses terjadinya waham
- Tidak mendukung dan membantah waham klien
- Pastikan klien berada dalam lingkungan yang aman
- Bantu klien orientasi realita
- Diskusikan kebutuhan klien yang belum terpenuhi
- Bantu klien memenuhi kebutuhan yang realistis
- Diskusikan kemampuan atau aspek positif yang dimiliki
- Latih klien melakukan kemampuan atau aspek positif yang dimiliki

#### 5. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan

##### a) Fase Orientasi

##### 1) Salam

“Selamat siang, saya Ns.... Perawat pendamping Ibu hari ini, perawat penanggung jawab ibu adalah ners Iin”

“Nama lengkap ibu siapa? tanggal lahirnya berapa?”

“Saya cocokan dengan gelangya yah”

2) Evaluasi dan validasi

“Bagaimana hari ini perasaannya ibu?”

“saya melihat ibu sering mengatakan bahwa ibu adalah presiden yah”

“apa yang menyebabkan ibu mengatakan seperti itu?”

“bagaimana perasaan ibu saat ibu mengatakan ibu adalah presiden?”

3) Kontrak

“Baik ibu, saya akan memeriksa kondisi ibu terkait kondisi ibu yang mengatakan ibu adalah presiden”

“Waktunya sekitar 30 menit yah ibu”

“tempatny disini yah ibu, apakah ibu setuju?”

b) Fase Kerja

“ibu tadi ibu katakan bahwa ibu adalah presiden yah?”

“bagaimana ciri-ciri presiden yang ibu ketahui?”

“apakah ciri-ciri tersebut sama dengan yang ibu miliki saat ini?”

“ibu tahu tidak, nama ibu sebenarnya siapa ?”

“nama ibu sebenarnya adalah ibu....”

“ibu sekarang ada Dimana ini ?”

“betul, sekarang ibu sedang berada dirumah sakit, harus menjalani perawatan karena sedang sakit”

“ibu berdasarkan pemeriksaan saya, ibu mengalami masalah waham yakni pemikiran yang tidak realistis atau sesuai dengan kebenarannya, ditandai dengan ibu yang sering mengaku bahwa ibu adalah seorang presiden”

“ibu tadi mengatakan bahwa nama ibu adalah ibu...., sekarang ibu sedang berada di rumah sakit karena harus menjalani perawatan”

“ibu tahu tidak, sehari berapa kali ibu minum obat?”

“kalau makan disini berapa kali sehari ibu?”

“bagaimana sikap dokter dan perawat dirumah sakit ini dalam merawat ibu?”

“ibu ada keinginan untuk sembuh tidak ?”

“kalau ibu ingin sembuh, berarti ibu rutin minum obat secara teratur, makan secara teratur, dan istirahat yang cukup”

“apakah ibu bersedia?”

“wah hebat sekali ibu?”

c) Fase Terminasi

1) Evaluasi dan validasi

“baik ibu, bagaimana perasaan ibu setelah melakukan percakapan tentang pikiran ibu bahwa ibu seorang presiden?”

“bisa ibu sebutkan kembali nama ibu siapa?”

“saat ini ibu berada Dimana?”

“apa yang harus ibu lakukan selama dirawat di rumah sakit ini agar ibu cepat sembuh?”

“wah luar biasa, ibu hebat”

2) RTL

“baik ibu, saya ingin ibu selalu minum obat secara teratur, makan dan istirahat yang cukup”

“besok kita ketemu lagi dan saya akan membantu ibu memenuhi kebutuhan ibu yang belum terpenuhi”

“besok kita ketemu disini lagi jam 09.00 yah ibu”

3) Salam

“saya permisi ibu, sampai jumpa lagi besok”

6. Lembar kerja

Lakukan tindakan keperawatan untuk mendiskusikan kebutuhan yang tidak terpenuhi dan cara memenuhinya, serta identifikasi aspek positif yang dimiliki dan latihan cara melakukan aspek positif yang dimiliki pada pasien sesuai dengan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada poin 5.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arisandy, W., & Sunarmi, S. (2018). Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi berhubungan dengan kemampuan pasien dalam mengontrol perilaku kekerasan. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Aisyiyah*, 14(1), 83–90. <https://doi.org/10.31101/jkk.553>
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Laia, V. A. S., & Pardede, J. A. (2022). *Penerapan Terapi Generalis Pada Penderita Skizofrenia Dengan Defisit Perawatan Diri Di Ruang Pusuk Buhit Rsj Prof.Dr. Muhammad Ildrem: Studi Kasus*. <https://doi.org/https://doi.org/10.31219/osf.io/9vzjk>
- Priyanto, B., & Permana, I. (2019). Pengaruh Latihan Asertif Dalam Menurunkan Gejala Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizoprenia : a Literature Review. *Avicenna : Journal of Health Research*, 2(2), 2013–2017. <https://doi.org/10.36419/avicenna.v2i2.298>
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart Edisi Pertama Indonesia Oleh Budi Anna Keliat dan Jesika Pasaribu (Stuart Mental Health Nursing Principles and Practices 1st Indonesian Edition By Budi Anna Keliat and Jesika Pasaribu) (1st ed.)*. Elsevier.
- Sutinah, & Mardiyansyah. (2017). TAK stimulasi persepsi berpengaruh terhadap perawatan kebersihan diri klien skizofrenia. *Riset Informasi Kesehatan*, 6(2), 108. <https://doi.org/10.30644/rik.v6i2.89>
- Videbeck, S. L. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Winahayu, N. E., Hamid, A. Y. S., & Daulima, N. H. C. (2019). Penerapan Assertiveness Training dan Terapi Kelompok Suportif Menggunakan Teori Stres Adaptasi Stuart dan Teori Adaptasi Roy. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(3), 275. <https://doi.org/10.26714/jkj.7.3.2019.275-280>