

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN NAPZA

Disusun oleh : Kelompok 6,7,8



DEFINISI

NAPZA (Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lain) merupakan zat berbahaya yang jika memasuki tubuh manusia akan memberikan efek pada tubuh, terutama pada otak atau sistem saraf pusat, sehingga berdampak pada kesehatan fisik (tubuh), psikologis, dan fungsi social. Hal tersebut dapat terjadi karena kebiasaan, kecanduan, serta ketergantungan terhadap zat tersebut. Penyalahgunaan NAPZA disebut juga dengan penggunaan salah satu atau lebih jenis zat secara rutin tanpa indikasi medis yang dapat menimbulkan masalah atau gangguan kesehatan fisik, psikis, dan fungsi sosial (Azmiyati, 2014).



ETIOLOGI

Menurut **Simangunsong, (2015)**, penyalahgunaan NAPZA terjadi karena 2 faktor yaitu:

1. **Faktor Internal**, merupakan faktor yang berasal dari diri sendiri, seperti:

- a. **Kepribadian**: bila kepribadian seseorang kurang baik (labil) dan mudah terpengaruh oleh orang lain maka akan lebih mudah terjerumus dalam penyalahgunaan NAPZA.
- b. **Keluarga**: bila hubungan suatu keluarga tidak harmonis maka seseorang tersebut akan merasa frustrasi dan putus putus asa. Hal tersebut akan mempengaruhi pikiran seseorang untuk mencari ketenangan diluar rumah dengan menjadi pengguna NAPZA.
- c. **Ekonomi**: kesulitan dalam mencari pekerjaan juga dapat mendorong seseorang bekerja sebagai pengedar NAPZA.

2. **Faktor eksternal**: merupakan faktor yang berasal dari luar diri, seperti:

- a. **Pergaulan**: merupakan pengaruh yang cukup kuat dalam penyalahgunaan NAPZA yang berawal dari ikut-ikutan teman. Seseorang yang memiliki mental dan kepribadian lemah akan mudah terjerumus ke hal tersebut.
- b. **Sosial /Masyarakat**: apabila lingkungan masyarakat buruk dan tidak memperdulikan lingkungan sekitar maka penyimpangan dalam penggunaan NAPZA akan mudah terjadi.

TANDA DAN GEJALA

Menurut Eko (2014) tanda dan gejala dapat dilihat sebagai berikut :

1. Tingkah laku pasien pengguna zat sedatif hipnotik

- a. Menurunnya sifat menahan diri
- b. Jalan tidak stabil, koordinasi motorik kurang
- c. Bicara cadel, bertele-tele4) Sering datang ke dokter untuk minta resep
- d. Kurang perhatian, Sangat gembira, berdiam, (depresi), dan kadang bersikap
- e. Bermusuhan, Gangguan dalam daya pertimbangan Dalam keadaan yang over dosis, kesadaran menurun, koma dan dapat menimbulkan kematian, Meningkatkan rasa percaya diri

2. Tingkah laku pasien pengguna ganja

- a. Kontrol diri menurun bahkan hilang, Menurunnya motivasi perubahan diri dan Euforia ringan

3. Tingkah laku pasien pengguna opioda

- a. Terkantuk-kantuk, Bicara cadel, Koordinasi motorik terganggu, Acuh terhadap lingkungan, kurang perhatian, Perilaku manipulatif, untuk mendapatkan zat adiktif dan Kontrol diri kurang

Masalah Kesehatan Jiwa Yang sering Muncul

Menurut Atlas (2010), penyalahgunaan NAPZA akan berdampak sebagai berikut :

1. Terhadap kondisi fisik

a. Akibat zat itu sendiri

- a. Ganja: pemakaian lama menurunkan daya tahan sehingga mudah terserang infeksi. Ganja juga memperburuk aliran darah koroner.
- b. Kokain: bisa terjadi aritmia jantung, ulkus atau perforasi sekat hidung, jangka panjang terjadi anemia dan turunannya berat badan.
- c. Alkohol: menimbulkan banyak komplikasi misalnya gangguan lambung, kanker usus, gangguan hati, gangguan pada otot jantung dan saraf, gangguan metabolisme, cacat janin dan gangguan seksual.

2. Terhadap kehidupan mental emosional

Intoksikasi alkohol atau sedatif-hipnotik menimbulkan perubahan kehidupan mental emosional yang bermanifestasi pada gangguan perilaku tidak wajar. Pemakaian ganja yang berat dan lama menimbulkan sindrom amotivasional. Putus obat golongan amfetamin dapat menimbulkan depresi sampai bunuh diri.

3. Terhadap kehidupan sosial : Gangguan mental emosional pada penyalahgunaan obat akan mengganggu fungsinya sebagai anggota masyarakat, bekerja atau sekolah.

PENATALAKSANAAN NAPZA

1. **Terapi Residensial Jangka Panjang**, adalah terapi komunitas yang berjangka waktu 6 sampai 12 bulan. Terapi ini berfokus pada proses resosialisasi dari penyalahguna dengan memfungsikan masyarakat untuk berperan aktif di dalamnya.
2. **Terapi Residensial Jangka Pendek**, terapi jenis ini adalah terapi nonhospital yang mempunyai jangka waktu perawatan 3 sampai 6 minggu.
3. **Terapi Rawat Jalan Intensitas**, tipe pelayanan yang ditawarkan pada jenis terapi rawat jalan sangat bervariasi.

UPAYA PENCEGAHAN NAPZA

1. **Pencegahan Primer** : Ditujukan kepada para generasi muda (baik anak maupun remaja) yang belum pernah sama sekali mengonsumsi narkotika, di dalam lingkungan pendidikan maupun di luar pendidikan. Pencegahan primer yang dimaksud meliputi pendidikan pencegahan bahaya narkotika, dan pendidikan pengembangan individu, seperti keterampilan berkomunikasi, keterampilan menolak tekanan sebaya untuk menggunakan narkotika, dan keterampilan mengambil keputusan yang baik.
2. **Pencegahan Sekunder** : Ditujukan terutama kepada anak-anak, remaja, mahasiswa, dan masyarakat pada umumnya yang sudah mulai mencoba-coba menggunakan narkotika. Pencegahan sekunder berupa deteksi dini, konseling perorangan dan keluarga, serta bimbingan sosial melalui kunjungan rumah.
3. **Pencegahan Tersier** : Pencegahan tersier ditujukan untuk pengobatan korban narkotika dan pemulihan kondisi fisik, mental, psikis, moral, dan sosial bekas korban penyalahgunaan narkotika, agar mereka jangan sampai kambuh (relapse). Kegiatan pada pencegahan tersier dilaksanakan dalam bentuk bimbingan sosial dan konseling terhadap korban narkotika beserta keluarga dan kelompok sebayanya, serta penciptaan lingkungan dan pengawasan sosial yang membantu korban narkotika untuk dapat menjaga kesehatan dan kesembuhannya.

KASUS

Seorang pria berusia 32 tahun bernama Agus ditemukan tidak sadarkan diri di apartemennya oleh teman sekamarnya setelah mengonsumsi sejumlah besar alkohol pada malam sebelumnya. Agus, yang bekerja sebagai staf administrasi di sebuah perusahaan swasta, diketahui memiliki riwayat konsumsi alkohol berlebihan selama beberapa tahun terakhir. Saat tiba di unit gawat darurat, pasien menunjukkan tanda-tanda depresi sistem saraf pusat yang parah, dengan tingkat kesadaran yang sangat rendah (GCS 8), hipotensi (tekanan darah 90/60 mmHg), dan pernapasan yang lambat serta dangkal. Tes darah mengungkapkan kadar alkohol dalam darah yang sangat tinggi, dan hasil pemeriksaan lainnya menunjukkan adanya asidosis metabolik. Penanganan segera dilakukan dengan intubasi dan ventilasi mekanis untuk menjaga jalan napas, pemberian cairan intravena untuk mengatasi hipotensi, serta pengawasan ketat terhadap fungsi vital. Pasien kemudian dipindahkan ke unit perawatan intensif untuk pemantauan lebih lanjut dan penanganan komprehensif termasuk terapi detoksifikasi dan konsultasi dengan spesialis kecanduan alkohol. Prognosis pasien akan sangat bergantung pada seberapa cepat intervensi medis diberikan dan kemampuannya untuk menjalani program rehabilitasi jangka panjang.

PERENCANAAN

Tujuan yang ingin dicapai dalam memberikan Tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan penggunaan zat adiktif adalah:

1. Agar tidak terjadi ancaman terhadap kehidupan
2. Tidak memburuknya keadaan kesadaran pasien
3. Aman dari kecelakaan terutama pada kondisi intoksikasi

Setelah masa Detoksifikasi :

1. Termotivikasi untuk mengikuti program terapi jangka Panjang
2. Mengenal hal-hal positif pada dirinya
3. Menggunakan coping yang sehat dalam mengatasi masalahnya
4. Keluarga berkerjasama dalam program terapi pasien, mempunyai pengetahuan untuk merawat pasien dirumah

TINDAKAN KEPERAWATAN

1. **Pendidikan Kesehatan jiwa untuk pencegahan penggunaan zat adiktif**
2. **Mengganti coping dengan respon yang sehat, pengganti tingkah laku penyalahgunaan zat**
3. **Membantu pasien untuk mengidentifikasi masalahgunakan zat**
4. **Memotivasi pasien agar mau mengikuti/ berpartisipasi dalam program pencegahan penyalahgunaan napza**
5. **Konsisten dalam memberikan dukungan dan engalaman bahwa pasien mempunyai kekuatan untuk menghadapi masalah yang akan datang**
6. **Memberikan perawatan fisik: observasi tanda vital, makanan, keseimbangan cairan, dan lain-lain**
7. **Memberikan pengobatan sesuai dengan terapi dokter**

EVALUASI

1. **Klien mengalami/ mencapai keutuhan fisik dan harga diri secara alamiah**
2. **Tingkah laku klien merefleksikan meningkatnya pengertian tentang adanya hubungan antara stress dengan kebutuhan untuk menggunakan napza**
3. **Sumber koping klien adekuat untuk membantu klien berubah**
4. **Klien mengenal kecemasannya dan sadar akan perasaannya**
5. **Klien menggunakan koping adiktif**
6. **Klien mempunyai alternatif atau belajar pendekatan alternatif untuk mengatasi stress dan ansietasnya**
7. **Klien mampu secara periodic untuk tidak menggunakan napza**

TERIMA KASIH





HIV/AIDS

disusun oleh kelompok 3,4,5





DEFINISI

HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain yang disebut dengan AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) (Kementerian Kesehatan RI, 2017). AIDS adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi dari virus HIV (Diatmi and Diah, 2014). Orang yang telah di diagnosa terinfeksi positif oleh virus HIV dan AIDS maka orang tersebut disebut dengan ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) (Diatmi dan Diah, 2014).





ETIOLOGI

Virus masuk ke dalam tubuh manusia terutama melalui perantara darah, semen, dan sekret vagina. Setelah memasuki tubuh manusia, maka target utama HIV adalah limfosit CD 4 karena virus mempunyai afinitas terhadap molekul permukaan CD4. Virus ini akan mengubah informasi genetiknya ke dalam bentuk yang terintegrasi di dalam informasi genetik dari sel yang diserangnya, yaitu merubah bentuk RNA (ribonucleic acid) menjadi DNA (deoxyribonucleic acid) menggunakan enzim reverse transcriptase. DNA pro-virus tersebut kemudian diintegrasikan ke dalam sel hospes dan selanjutnya diprogramkan untuk membentuk gen virus. Setiap kali sel yang dimasuki retrovirus membelah diri, informasi genetik virus juga ikut diturunkan.

Cepat lamanya waktu seseorang yang terinfeksi HIV mengembangkan AIDS dapat bervariasi antar individu. Dibiarkan tanpa pengobatan, mayoritas orang yang terinfeksi HIV akan mengembangkan tanda-tanda penyakit terkait HIV dalam 5-10 tahun, meskipun ini bisa lebih pendek. Waktu antara mendapatkan HIV dan diagnosis AIDS biasanya antara 10-15 tahun, tetapi terkadang lebih lama. Terapi antiretroviral (ART) dapat memperlambat perkembangan penyakit dengan mencegah virus bereplikasi dan oleh karena itu mengurangi jumlah virus dalam darah orang yang terinfeksi (dikenal sebagai 'viral load').





TANDA GEJALA

Menurut kriteria WHO (2017) gejala klinis AIDS untuk penderita dewasa meliputi minimum 2 gejala major dan 1 gejala minor.

Gejala major adalah:

- a) Berat badan menurun lebih dari 10%
- b) Diare kronis lebih dari 1 bulan
- c) Demam lebih dari 1 bulan.
tambahan untuk AIDS anak)

Gejala minor adalah:

- a) Batuk lebih dari 1 bulan
- b) Pruritus dermatitis menyeluruh
- c) Infeksi umum rekuren misalnya herpes zoster atau herpes simpleks
- d) Limfadenopati generalisata
- e) Kandidiasis mulut dan orofaring
- f) Ibu menderita AIDS (kriteria tambahan untuk AIDS anak)





TANDA GEJALA

Menurut Nursalam (2011) gejala klinis pada stadium AIDS dibagi antara lain:

Gejala mayor:

- Demam berkepanjangan lebih dari tiga bulan
- Diare kronis lebih dari satu bulan berulang maupun terus- menerus
- TBC
- Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam tiga bulan.

Gejala minor

- Batuk kronis selama lebih dari satu bulan.
- Infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan jamur Candida. Albicans.
- Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh
- Munculnya Herpes zoster berulang dan bercak-bercak diseluruh tubuh disertai gatal.





TANDA GEJALA

Menurut Padila (2012). dimana tanda dan gejalanya dimulai beberapa minggu sampai beberapa bulan sebelum timbulnya infeksi oportunistik, yaitu:

- Demam
- Malaise
- Keletihan.
- Keringat malam.
- Penurunan BB
- Diare kronik
- Limfadenopati umum
- Kandidiasis oral





MASALAH KESEHATAN JIWA YANG MUNCUL AKIBAT HIV/AIDS

Permasalahan pada penyakit HIV/AIDS terletak pada kesehatan jiwa mentalnya. Penderita menunjukkan respon ketakutan terhadap status dan dampak buruk dari HIV/AIDS. Sebagian besar memiliki respon penolakan, menutup diri atau diam. Penelitian mengenai permasalahan psikososial yang harus dihadapi oleh penderita HIV/AIDS diantaranya adalah self esteem, body image yang buruk dan berbagai permasalahan kesejahteraan psikologis akibat stressor stigma buruk dari masyarakat yang menyebabkan masalah penyesuaian perilaku dan sosial, depresi, rasa marah, bingung dan takut. Penderita dihadapkan pada tiga tantangan besar akibat dari HIV/AIDS yang dideritanya, yaitu menghadapi reaksi terhadap penyakit yang memiliki stigma, berhadapan dengan kemungkinan waktu kehidupan yang terbatas dengan diagnosis kematian, dan mengembangkan strategi untuk mempertahankan fisik dan emosi (Mkize, 2009).





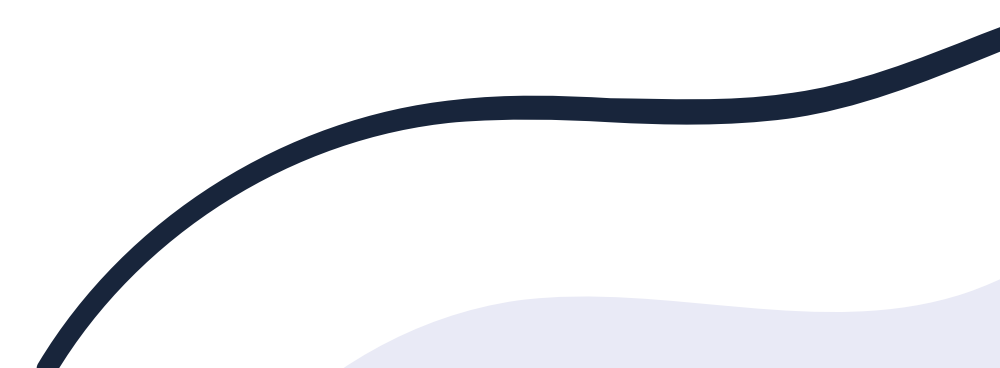
PENATALAKSANAAN

TERAPI FARMAKOLOGI

- Terapi antiretroviral (ARV)
- Golongan Obat ARV
- Vaksin dan Rekonstruksi Imun

TERAPI NON FARMAKOLOGI

- Pemberian nutrisi
- Aktivitas dan Olahraga





PENCEGAHAN

HIV sering ditransmisikan melalui darah, sehingga usaha pencegahan dilakukan dengan beberapa cara, antara lain:17 meskipun asimtomatik setiap individu yang terinfeksi HIV dapat menularkannya kepada individu yang lain, sehingga dibutuhkan pemeriksaan kesehatan rutin. Individu yang terinfeksi dilarang untuk menjadi pendonor baik itu donor darah, plasma, organ tubuh, jaringan, atau sperma. Seluruh peralatan yang dapat berkontak dengan darah seperti sikat gigi atau alat cukur tidak boleh digunakan bersama.





KASUS

Bapak S, seorang laki-laki berusia 40 tahun, telah didiagnosis HIV positif sejak dua tahun lalu dan saat ini sedang menjalani pengobatan ART (Antiretroviral Therapy). Dalam beberapa bulan terakhir, Bapak S mengeluhkan perasaan cemas yang intens tentang masa depannya serta kesehatan keluarganya, dan merasa kesepian karena takut untuk berbicara tentang kondisinya kepada orang lain. Selain itu, ia sering merasa putus asa dan tidak memiliki semangat untuk menjalani aktivitas sehari-hari. Bapak S tampak cemas dengan kebiasaan menggigit kuku dan sulit fokus saat berbicara, serta menunjukkan tanda-tanda depresi seperti kurangnya minat pada aktivitas yang biasanya dinikmati, penurunan berat badan yang signifikan, dan gangguan tidur.





PENGAJIAN

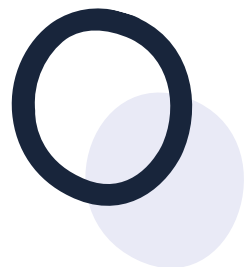
- **Nama:** Bapak S
- **Usia:** 40 tahun
- **Jenis Kelamin:** Laki-laki
- **Status Pernikahan:** Menikah, 2 anak
- **Pekerjaan:** Wiraswasta
- **Alamat:** Jalan Mawar No. 5, Kota X
- **Riwayat Penyakit:** Didiagnosis HIV positif sejak 2 tahun lalu, saat ini dalam pengobatan ART (Antiretroviral Therapy)
- **Keluhan Utama:** Perasaan cemas, kesepian, dan putus asa

Data Subjektif:

- Pasien mengeluh merasa sangat cemas tentang masa depannya dan kesehatan keluarganya.
- Pasien merasa kesepian karena takut untuk berbicara tentang kondisinya kepada orang lain.
- Pasien merasa putus asa dan tidak memiliki semangat untuk menjalani kehidupan sehari-hari.
- Pasien menyatakan merasa terbebani oleh stigma sosial terkait penyakitnya

Data Objektif:

- Pasien tampak cemas, sering menggigit kuku, dan sulit fokus saat berbicara.
- Pasien menunjukkan tanda-tanda depresi, seperti kurangnya minat pada aktivitas yang biasanya dinikmati.
- Penurunan berat badan yang signifikan selama beberapa bulan terakhir.
- Kurang tidur, sering terbangun di malam hari.





DIAGNOSA

Diagnosa Keperawatan:

- **Gangguan kecemasan** berhubungan dengan diagnosis HIV positif dan ketidakpastian masa depan.
- **isolasi sosial** berhubungan dengan stigma sosial dan ketakutan akan penolakan.
- **Risiko bunuh diri** berhubungan dengan perasaan putus asa dan depresi.





RENCANA TINDAKAN (3S)

1. Gangguan Kecemasan

Tujuan:

Pasien dapat mengurangi tingkat kecemasannya.

Intervensi:

- Lakukan pendekatan terapeutik untuk mendengarkan dan memvalidasi perasaan pasien.
- Ajarkan teknik relaksasi, seperti pernapasan dalam dan meditasi.
- Dorong pasien untuk berbicara dengan konselor atau psikolog.
- Monitor tingkat kecemasan pasien setiap hari.

2. solasi Sosial

Tujuan:

Pasien dapat meningkatkan interaksi sosialnya dan merasa lebih terhubung dengan orang lain.

Intervensi:

- Fasilitasi kelompok dukungan bagi pasien HIV/AIDS.
- Dorong pasien untuk berbicara dengan anggota keluarga atau teman dekat yang dapat memberikan dukungan emosional.
- Berikan edukasi kepada keluarga tentang cara mendukung pasien.
- Identifikasi kegiatan sosial yang dapat diikuti oleh pasien untuk meningkatkan interaksi sosial.

3. Risiko Bunuh Diri

Tujuan:

Pasien tidak menunjukkan tanda-tanda keinginan untuk bunuh diri.

Intervensi:

- Lakukan penilaian risiko bunuh diri secara berkala.
- Tetap waspada terhadap tanda-tanda depresi berat atau perilaku bunuh diri.
- Sediakan nomor telepon layanan darurat atau konselor krisis yang dapat dihubungi kapan saja.
- Berikan pengawasan intensif jika diperlukan dan pastikan pasien tidak ditinggalkan sendiri jika ada risiko tinggi.





EVALUASI DAN DOKUMENTASI

Evaluasi:

- **Gangguan Kecemasan:** Pasien menunjukkan penurunan tingkat kecemasan dan mampu menggunakan teknik relaksasi secara mandiri.
- **Isolasi Sosial:** Pasien mulai terlibat dalam kelompok dukungan dan menunjukkan peningkatan interaksi sosial.
- **Risiko Bunuh Diri:** Pasien tidak menunjukkan tanda-tanda keinginan untuk bunuh diri dan merasa lebih optimis tentang masa depan.


Dokumentasi:

Seluruh intervensi dan respon pasien harus didokumentasikan secara rinci dalam catatan perawatan untuk memantau perkembangan dan menyesuaikan rencana perawatan sesuai kebutuhan pasien.



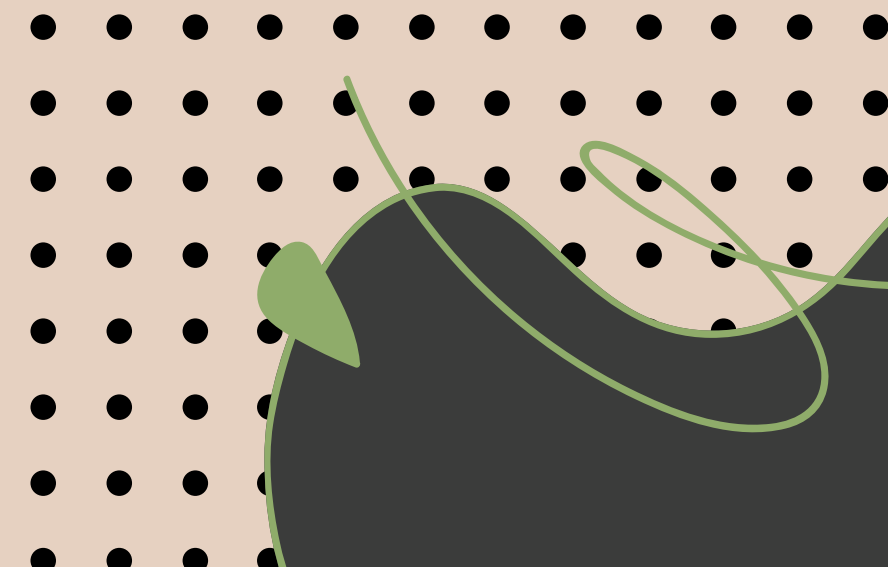
TERIMA KASIH





ASUHAN KEPERAWATAN COVID 19

Dipresentasikan oleh Kelompok 1 & 2



Anggota Tim :

- 
- 
1. Amalia Nabila A
 2. Ancika Alfi
 3. Annisa
 4. Bunga
 5. Fatmawati Nur H
 6. Grasella
 7. Nanda Octa
 8. Rahmatika
 9. Sekar Nabilah
 10. Shelvania Elsy A V



DEFINISI

Covid-19 adalah penyakit menular yang diakibatkan infeksi virus coronavirus jenis baru. Penyakit ini diketahui muncul pertama kali di Wuhan, Cina pada Desember 2019 (WHO, 2020).

Covid-19 merupakan penyakit pernapasan akut yang menjadi pandemik global dan disebabkan oleh novel coronavirus atau SAR-Cov-2 (Erlich, 2020).

Ansietas atau kecemasan adalah respon fisiologis maupun psikologis terhadap peristiwa yang terjadi dan tidak diketahui penyebabnya. Respon tersebut lebih bersifat negatif, menanggapi ancaman yang tidak diketahui sumbernya dan samar samar, sehingga membuat pasien merasa tidak nyaman. (Zaini, 2019).

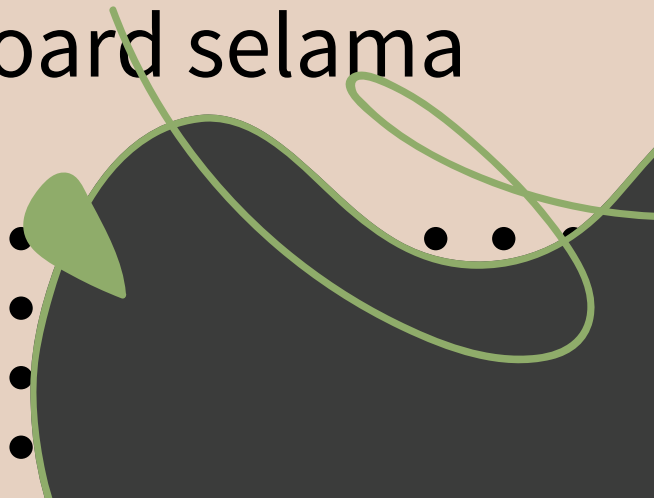
Ansietas adalah kondisi dimana seseorang merasa emosi dan diikuti dengan respon otonom atau (individu tidak mengetahui dan asalnya tidak jelas) dan adanya antisipasi terhadap bahaya yang dapat menimbulkan rasa takut dan khawatir dan memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2016). CITAS



ETIOLOGI

Covid-19 dapat menular dari orang yang terinfeksi kepada orang lain di sekitarnya melalui percikan batuk atau bersin. Covid-19 juga dapat menular melalui benda-benda yang terkontaminasi percikan batuk atau bersin penderita Covid-19. Orang lain yang menyentuh benda-benda terkontaminasi tersebut lalu menyentuh mata, hidung dan mulut mereka dapat tertular penyakit ini (WHO, 2020)

Virus penyebab Covid-19 dapat bertahan di udara sekitar satu jam, sedangkan di permukaan benda-benda dapat bertahan selama beberapa jam. Di permukaan berbahan plastik dan besi tahan karat virus dapat bertahan hingga 72 jam, pada cardboard selama 24 jam dan pada tembaga bertahan selama 4 jam (Van Doremalen, 2020).

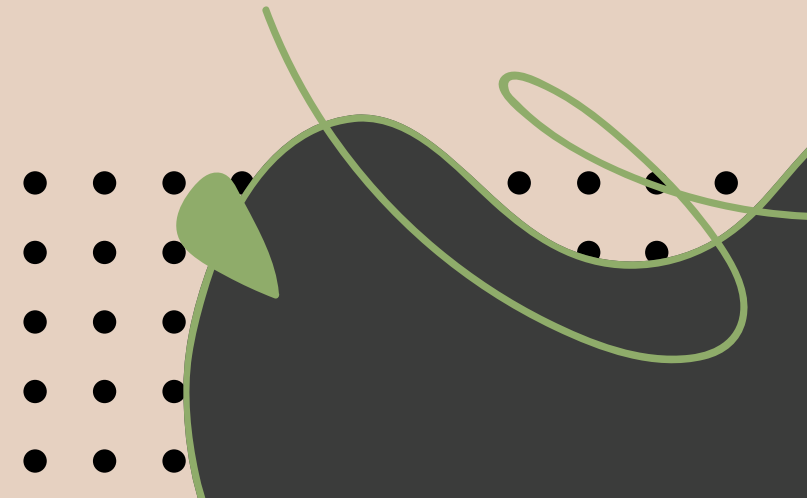




TANDA DAN GEJALA

Tanda dan Gejala Penderita Covid-19

Gejala Covid-19 antara lain demam, batuk kering, dan sesak napas. Beberapa pasien mengalami gejala mirip pilek dan mengalami nyeri pada tenggorokan dan diare. Beberapa orang yang terinfeksi tidak menunjukkan gejala dan merasa sehat. Sebagian dapat pulih dengan sendirinya, sedangkan sebagian lainnya mengalami perburukan kondisi sehingga mengalami kesulitan bernapas dan perlu dirawat di rumah sakit (WHO, 2020)





PENCEGAHAN

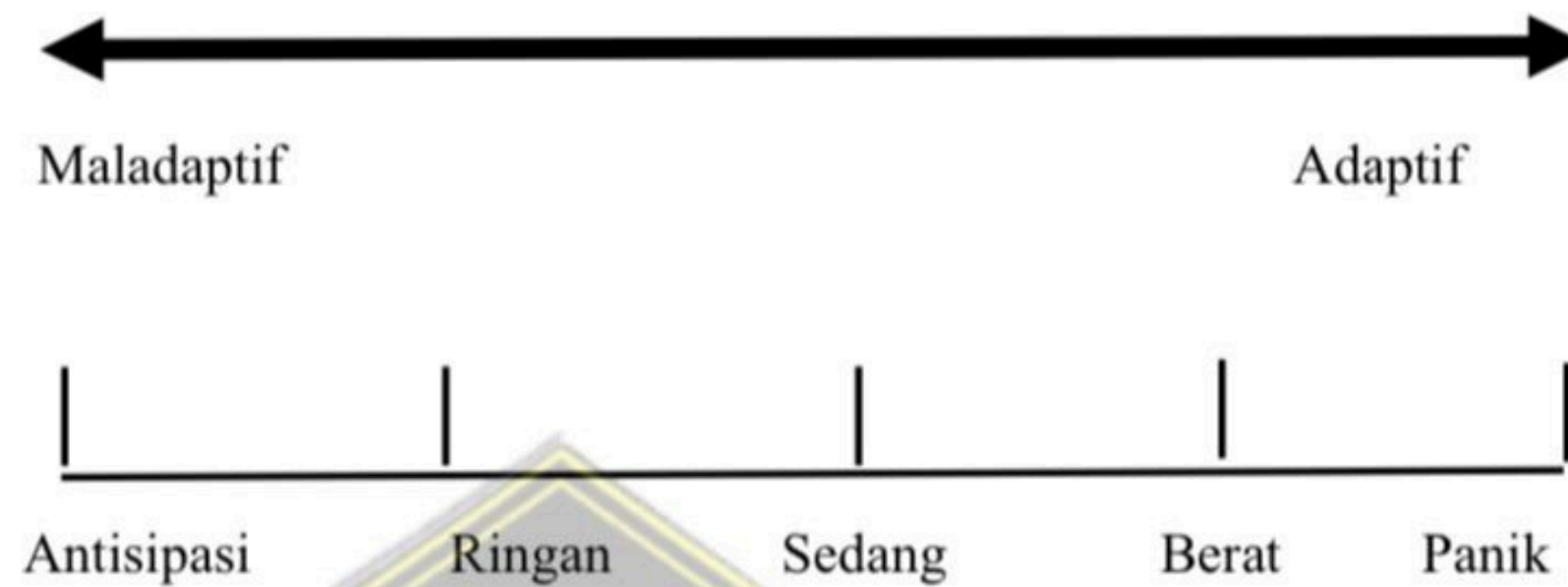
Beberapa langkah pencegahan Covid-19 yang direkomendasikan oleh WHO pada tahun 2020 antara lain:

1. Sering mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir atau antiseptik berbahan alkohol. Deterjen pada sabun dan alkohol pada antiseptik dapat membunuh virus pada tangan.
2. Jaga jarak dengan orang lain minimal satu meter. Hal ini untuk mencegah tertular virus penyebab Covid-19 dari percikan bersin atau batuk.
3. Hindari menyentuh mata, hidung dan mulut sebelum Anda memastikan tangan Anda bersih dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir atau antiseptik. Tangan yang terkontaminasi dapat membawa virus ini ke mata, hidung dan mulut yang menjadi jalan masuk virus ini ke dalam tubuh dan menyebabkan penyakit Covid-19.
4. Tetaplah berada di dalam rumah agar tidak tertular oleh orang lain di luar tempat tinggal.

RENTANG RESPON

2. Rentang Respon

Rentang respon individu terhadap ansietas berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptif seperti pada gambar :





RENTANG RESPON

Rentang Respon

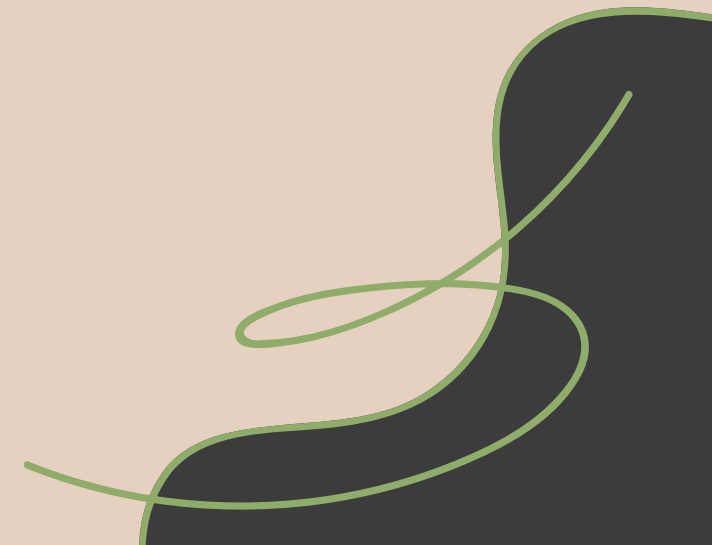
Respon adaptif ketika individu dapat mengatur dan menerima kecemasan yang dialami maka individu akan mendapatkan hasil yang positif. Kecemasan ini dapat menjadikan motivasi bagi individu untuk memecahkan masalah, dan merupakan sarana untuk memperoleh sebuah hasil yang tinggi. Individu sering menggunakan strategi adaptif untuk mengontrol kecemasan dengan berbicara kepada orang lain, menangis, tidur dan menggunakan teknik relaksasi.

2. Respon maladaptif jika individu tidak dapat mengatur ansietas yang dialaminya maka individu akan menggunakan mekanisme koping yang disfungsi. Koping maladaptif mempunyai banyak jenis termasuk bicara tidak jelas, perilaku agresif, konsumsi alkohol, berjudi.



MASALAH KEPERAWATAN

- Ansietas



PENATALAKSANAAN

Penatalaksanaan pada penderita COVID-19 menurut WHO, 2020 yaitu:

1. Terapi dan monitoring

1) Isolasi pada semua kasus

Sesuai dengan gejala klinis yang muncul, baik ringan maupun sedang.

Pasien bed-rest dan hindari perpindahan ruangan atau pasien (PDPI, 2020)

2) Implementasi pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) (WHO, 2020)

3) Serial foto toraks untuk menilai perkembangan penyakit (PDPI, 2020)

4) Suplementasi oksigen (WHO, 2020)

5) Kenali kegagalan napas hipoksemia berat (WHO, 2020)

6) Terapi cairan

KASUS

Ny. B, seorang wanita berusia 25 tahun, bekerja sebagai perawat dan baru memiliki anak satu bulan lalu, mengalami kecemasan berlebihan akibat pandemi COVID-19. Kekhawatirannya tertular virus dan dampaknya pada anak dan keluarganya membuatnya merasa sangat cemas. Untuk mengatasi kecemasannya, Ny. B berpikir positif, bercerita kepada keluarga, serta menjalankan sholat 5 waktu dan tahajud. Pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah 140/80 mmHg, pernafasan 24x/menit, nadi 80x/menit, berat badan 75 kg, dan tinggi badan 150 cm. Secara emosional, Ny. B tampak gelisah, kurang fokus saat berbicara, sering melamun dan menyendiri, serta emosional dan mudah marah. Ny. B tinggal bersama kedua orang tuanya, merupakan anak ke-4 dari 4 bersaudara, dan suaminya anak ke-2 dari 3 bersaudara.

PENGGKAJIAN

1) Identitas

2) Primary Survey

a. Tindakan Pre Hospital : kasus dengan gejala ringan belum terdeteksi memeriksakan diri ke fasket tingkat I dengan pemberian terapi simptomatik.

b. Tindakan Intra Hospital : pemilahan/kalsifikasi pasien berdasarkan tingkat kegawatannya dengan cara anamnesa dan pemeriksaan singkat.

c. Keluhan utama : Gejala klinis utama yang muncul yaitu demam (suhu $>38^{\circ}\text{C}$), batuk dan kesulitan bernapas (PDPI, 2020). Pasien dengan infeksi akut saluran napas atas tanpa komplikasi, bisa disertai dengan demam, fatigue, batuk (dengan atau tanpa sputum), anoreksia, malaise, nyeri tenggorokan, kongesti nasal, atau sakit kepala. Pada beberapa kasus pasien juga mengeluhkan diare dan muntah. Pasien tidak membutuhkan suplementasi oksigen (Adityo Susilo, 2020).

d. Riwayat Penyakit Dahulu : penyakit komorbid hipertensi dan diabetes melitus, perokok aktif dan penyakit immunosupresif merupakan faktor risiko dari infeksi SARS-CoV-2 (Adityo Susilo, 2020).

e. Tanda –tanda vital : Lebih dari 40% demam pada pasien COVID- 19 memiliki suhu puncak antara $38,1-39^{\circ}\text{C}$, sementara 34% mengalami demam suhu lebih dari 39°C .

LANJUTAN

g. Breathing : paru didapatkan inspeksi dapat tidak simetris statis dan dinamis, fremitus raba mengeras, redup pada daerah konsolidasi, suara napas bronkovesikuler atau bronkial dan ronki kasar, penggunaan otot bantu nafas, retraksi dada.

h. Circulation : Hipertensi atau hipotensi, bradikardia atau takikardia, CRT meningkat (>2 detik), sianosis. Peningkatan suhu tubuh. (PDPI, 2020)

i. Disability : perubahan status kesadaran karena adanya hipoksemia (PDPI, 2020)

3) Secondary Survey

Pemeriksaan Head To Toe

a. Kepala dan Leher : inspeksi adanya penggunaan otot bantu nafas seperti, pernafasan cuping hidung, penggunaan otot sternokleidomastoideus. Mulut kering, sianosis, nyeri tenggorokkan (PDPI, 2020)

b. Thorax : Paru didapatkan inspeksi dapat tidak simetris statis dan dinamis, fremitus raba mengeras, redup pada daerah konsolidasi, suara napas bronkovesikuler atau bronkial dan ronki kasar, penggunaan otot bantu nafas, retraksi dada

c. Abdomen : anoreksia, nyeri tekan epigastrium. Peningkatan bising usus

d. Genitourinaria: penurunan produksi urine (oliguria) pada kasus syok

e. Muskuloskeletal : malaise, fatigue. Kulit mottled atau petekia atau purpura

DIAGNOSA

Hipertermi

Ansietas

RENCANA KEPERAWATAN

Rencana Tindakan Keperawatan menggunakan 3S (Reduksi Ansietas)

Observasi

- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)
- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

- Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- Pahami situasi yang membuat ansietas
- Dengarkan dengan penuh perhatian
- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

Edukasi

- Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
- Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- Latih teknik relaksasi

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

KESIMPULAN

Kegiatan penyuluhan dalam kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini bertujuan agar siswa sekolah dasar mengerti dan memahami tentang Covid-19 dan cara pencegahan penularannya. Siswa sekolah dasar perlu memahami hal ini agar dapat turut serta dalam upaya pencegahan penularan Covid-19 agar mereka tidak tertular penyakit ini, mengingat perkembangan saat ini virus ini tidak lagi menyerang kelompok dewasa dan lansia saja, namun juga anak-anak.



TERIMA KASIH

Apakah Ada Pertanyaan??

**STRATEGI PELAKSANAAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA KLIEN
GANGGUAN JIWA DENGAN GANGGUAN DEFISIT PERAWATAN DIRI**

Tugas Ini Disusun Untuk Memenuhi penugasan Mata Kuliah

Keperawatan Psikiatri

Dosen Pengampu: Giri Susilo Adi S.Kep.,Ns.,M.Kep



Disusun oleh :

Isnaini Nur Annisa

(SKA12022020)

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

2024

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KOMUNIKASI KEPERAWATAN

A. Proses Keperawatan (SP I)

1. Kondisi Klien :

a. Data subjektif :

- 1) Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mau keluar rumah, malas mandi dan membatasi interaksi
- 2) Pasien mengatasi malas untuk mandi

b. Data objektif :

- 1) Rambut klie terlihat tidak rapi
- 2) Kuku klien panjang
- 3) Pakaian klien tampak tidak rapi dan klien mengalami bau badan
- 4) Klien ditinggal menikah oleh pacarnya

2. Diagnosa Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

3. Tujuan :

- 1) Pasien dapat mengidentifikasi masalah perawatan diri : kebersihan diri, berdandan, makan/minum, dan BAB/BAK
- 2) Pasien dapat mengetahui pentingnya kebersihan diri
- 3) Pasien dapat mengetahui cara dan alat kebersihan
- 4) Pasien dapat melakukan kegiatan latihan cara menjaga kebersihan diri : mandi dan ganti pakaian, sikat gigi serta cuci rambut

4. Tindakan Keperawatan (sesuai SP)

a. SP I

1. Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan)
2. Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih daftar kegiatan: buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini)
3. Bantu pasien memilih satu kegiatan yang dapat dilakukan untuk dilatih
4. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya)
5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali per hari

- b. SP II
 - 1. Evaluasi kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian
 - 2. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih
 - 3. Latih kegiatan kedua (alat dan cara)
 - 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan : dua kegiatan masing-masing dua kali per hari
- c. SP III
 - 1. Evaluasi kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih (SP I, SP II), beri pujian
 - 2. Bantu klien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih
 - 3. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)
 - 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan
- d. SP IV
 - 1. Evaluasi kegiatan pertama, kedua, dan ketiga yang telah dilatih, beri pujian
 - 2. Bantu klien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih
 - 3. Latih kegiatan keempat (alat dan cara)
 - 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk cara latihan

B. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

ORIENTASI

1. Salam terapeutik :

“Selamat pagi ibu, perkenalkan nama saya Isnaini saya senang dipanggil Isnaini, nama ibu siapa? Dan ibu senang dipanggil apa?. Hari ini saya dinas pagi dari pukul 8 pagi hingga pukul 14.00 WIB atau pukul 2 siang nanti”

2. Evaluasi/ validasi :

“Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah ada keluhan yang dirasakan? Apa ibu semalam dapat tidur dengan nyenyak? Saya melihat dari tadi ibu menggaruk kepala, kepala ibu terasa gatal ya? Ibu sudah mandi atau belum hari ini? Kenapa Ibu belum mandi? Ibu mandi berapa kali dalam sehari? Menurut ibu apa saja sih manfaat kita untuk menjaga kebersihan diri? Kira-kira tanda-tanda orang yang tidak merawat diri itu

seperti apa ya bu? Badan gatal, bau mulut, terus apa lagi bu? Nah kalau tidak menjaga kebersihan diri, apa saja masalah yang bisa muncul menurut ibu? Betul sekali ibu. Jadi maukah ibu menjaga kebersihan diri ibu?.”

3. Kontrak:

- a. Topik : “baik Ibu, karena ibu setuju jadi bagaimana jika kita membicarakan mengenai cara menjaga kebersihan diri?”
- b. Waktu : “kira-kira ibu bersedia melakukan kegiatan ini berapa lama?, bagaimana kalau 15 menit?”
- c. Tempat : “ Ibu maunya kita berbincang dimana bu?”

KERJA: (langkah-langkah tindakan keperawatan)

“Menurut ibu mandi seperti apa? Sebelum mandi apa yang biasanya ibu persiapan? Benar sekali, ibu perlu menyiapkan pakaian ganti yang bersih, handuk kering, sikat gigi, pasta gigi, shampo dan sabun mandi. Menurut ibu tempat mandi dimana? Bener sekali ibu, kita mandi di kamar mandi, bagaimana kalau kita ke kamar mandi sekarang saya akan bantu ibu untuk melakukannya. Pertama, kita gosok gigi dulu dengan sikat gigi, ambil sikat gigi yang sudah diberi pasta gigi dengan gerakan memutar dari atas ke bawah kemudian ibu berkumur dengan air bersih. Bagus sekali ibu, sekarang buka pakaian ibu, siram seluruh tubuh ibu dengan air termasuk rambut dan kepala lalu ambil shampo sedikit dan gosokan ke atas kepala ibu sampai berbusa lalu bilas sampai bersih. Bagus sekali ibu, sekarang ambil sabun dan gosokan ke seluruh tubuh secara merata dan di mulai dari bagian sebelah kanan lalu siram dengan air samapai bersih, pastikan bersih tidak ada sisa sabun yang menempel. Setelah selesai di siram dengan air sampai bersih keringkan tubuh dengan handuk kering yang sudah disiapkan, Bagus sekali ibu melakukannya. Selanjutnya ibu memakai pakaian bersih yang sudah disiapkan.”

TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi subjektif : “bagaimana perasaan ibu setelah ibu berbincang dan melakukan kegiatan menjaga kebersihan diri mandi dan berganti pakaian?.”

Evaluasi objektif : “sekarang coba ibu sebutkan langkah-langkah mandi yang benar, nah bagus sekali ibu, sekarang ibu sudah bisa megerti manfaat serta cara mandi yang benar. Nah kemampuan ini juga dapat ibu gunakan setelah ibu pulang ke rumah ya!”

2. Tindak lanjut klien (apa yang perlu dilatih klien sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan):

“Karena ibu sudah bisa mandi sendiri dengan baik, sekarang mari kita masukkan pada jadwal harian. Ibu mau mandi dan gosok gigi berapa kali dalam sehari? Bagus dua kali sehari, setiap pagi dan sore ya”

“Ibu jadwal ini dimasukkan ke jadwal harian ibu, jika ibu melakukan secara mandiri tulis (M), jika ibu melakukannya dengan bantuan tulis (B), jika tidak melakukan tulis (T), apakah ibu sudah paham?, coba ibu ulangi. Iya bagus sekali ibu”

3. Kontrak yang akan datang

Topik: “hari ini saya sudah selesai berbincang dengan ibu, besok kita akan berlatih cara perawatan diri yang kedua yaitu berdandan, apakah ibu bersedia?”

Waktu: “ibu maunya jam berapa kita mulai berbicara dan latihan berdandan besok?”

“pukul 09.00 pagi?, baik ibu”

Tempat: “ibu maunya kita latihan dimana?, baik, dikamar ya ibu”

“Baiklah bu kalau begitu kita akan latihan berdandan besok pukul 09.00 pagi di ruang kamar ibu”

“kalau begitu saya pamit terlebih dahulu ya ibu, selamat pagi”

A. Proses Keperawatan (SP II)

1. Kondisi Klien :

a. Data subjektif : -

b. Data objektif :

1) Klien kooperatif

2) Klien tampak bersih namun penampilan klien tidak terlihat rapi

2. Diagnosa Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

3. Tujuan :

1) Klien dapat melakukan perawatan diri yang kedua yaitu berdandan

2) Klien dapat menyebutkan alat untuk berdandan

3) Klien dapat memasukkan kegiatan berdandan ke dalam jadwal hariannya

4. Tindakan Keperawatan (sesuai SP)

1) Mengidentifikasi kegiatan perawatan diri.

2) Menjelaskan cara-cara berdandan yang baik dan benar.

3) Latihan cara berdandan yang baik dan benar.

4) Memasukan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.

B. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

ORIENTASI

1. Salam terapeutik :

“Selamat pagi ibu, apakah ibu masih ingat dengan saya?” “iya benar sekali ibu”

2. Evaluasi/ validasi :

“Bagaimana perasaan ibu hari ini?”

“Ibu tampak bersih ya, apakah ibu sudah melakuakn kegiatan yang kemarin sudah saya jelaskan?” “bagus ibu, coba lihat jadwal hariannya ibu” “bagus sekali ibu sudah dapat mandi dengan mandiri”

3. Kontrak:

a. Topik : “ibu, sekarang kita akan latihan perawatan diri yang kedua yaitu berdandan, apakah ibu bersedia?”

b. Waktu : “ibu mau berapa lama?, baik, 15 menit ya”

c. Tempat : “ Ibu mau dimana? Baiklah, dikamar saja

KERJA: (langkah-langkah tindakan keperawatan)

“Baik ibu, karena ibu sekarang sudah bisa mandi sendiri selanjutnya saya akan mengajarkan ibu cara untuk berdandan setelah mandi. Apa yang ibu ketahui tentang

berdandan? Ya ibu benar sekali, berdandan adalah cara agar ibu dapat terlihat rapi dan cantik.”

“Pertama-tama ibu bisa menyisir rambut ibu agar terlihat rapi, saya contohkan ya ibu, seperti ini. Bisa ibu lakukan apa yang saya contohkan tadi? Ya, bagus ibu seperti itu, bagaimana setelah disisir terlihat cantik dan rapi bukan?

“Cara yang kedua, yaitu saya akan mengajarkan ibu cara memotong kuku yang baik dan benar. Untuk memotong kuku tangan ibu bisa memotong dengan arah melengkung dan untuk memotong kuku jari kaki ibu bisa memotong dengan arah lurus, mari ibu biar saya contohkan. Ibu bisa lakukan yang sudah saya contohkan? Wah bagus sekali, ibu dapat melakukannya.”

“Selanjutnya, saya akan mengajarkan ibu cara untuk merias wajah ibu, seperti memakai bedak dan pelembab bibir aja ibu dapat terlihat lebih cantik seperti ini ya bu. Sekarang coba ibu melakukan yang saya contohkan tadi cara memakai bedak dan pelembab bibirnya. Nah ,sekarang ibu terlihat lebih cantik dan rapi, yaa bagus sekali.”

TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi subjektif : “bagaimana perasaan ibu setelah ibu latihan berdandan?.”

Evaluasi objektif : “sekarang coba ibu sebutkan langkah-langkah berdandan yang telah dilatih tadi” “bagus sekali ibu, ibu sudah bisa melakukannya dengan baik”

2. Tindak lanjut klien (apa yang perlu dilatih klien sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan):“Karena ibu sudah bisa berdandan sendiri, ibu mau berdandan berapa kali sehari? Bagus ibu, dua kali sehari pagi dan sore setelah mandi ya ibu”

“seperti biasa ya ibu, kegiatan ini dimasukkan ke dalam jadwal harian, ibu masih ingat cara menulisnya?, coba ibu sebutkan caranya. Iya, bagus sekali ibu.

3. Kontrak yang akan datang

Topik: “ibu, besok kita akan latihan kegiatan ketiga yaitu cara makan dan minum dengan baik, apakah ibu bersedia?”

Waktu: “ibu maunya mulai jam berapa?, baik,jam 11.00 siang ya”

Tempat: “ibu maunya kita latihan dimana?, baik di ruang makan ya”

“Baiklah bu kalau begitu kita akan latihan cara makan dan minum yang benar besok pukul 11.00 WIB siang di ruang makan”

“kalau begitu saya pamit terlebih dahulu ya ibu, selamat pagi”

A. Proses Keperawatan (SP III)

1. Kondisi Klien :

a. Data subjektif :

- 1) Klien mengatakan lemas dan tidak bersemangat

b. Data objektif :

- 1) Klien tampak bersih dan rapi
- 2) Klien mengabaikan makanan

2. Diagnosa Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

3. Tujuan :

- 1) Klien dapat menjelaskan alat yang diperlukan untuk makan dan minum
- 2) Klien dapat mempraktikkan cara makan dan minum yang benar
- 3) Klien dapat melakukan cara makan dan minum secara mandiri

4. Tindakan Keperawatan (sesuai SP)

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- b. Menjelaskan alat yang diperlukan untuk makan dan minum
- c. Melatih klien cara makan dan minum dengan benar
- d. Memberikan reinforcement positif terhadap setiap keberhasilan klien
- e. Memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

B. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

ORIENTASI

1. Salam terapeutik :

“Selamat siang ibu, apakah ibu masih ingat dengan saya?” “baik, sesuai dengan janji kemarin jadi saya datang lagi ibu”

2. Evaluasi/ validasi :

“Bagaimana perasaan ibu hari ini?”

“wah ibu terlihat bersih dan rapi ya” “bagus sekali ibu, ibu sudah melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang udah di catat ya”

3. Kontrak:

- a. Topik : “ibu, sekarang kita akan melanjutkan kegiatan yang ketiga cara makan dan minum yang benar”
- b. Waktu : “berapa lama waktu yang dibutuhkan bu?, baik, 10 menit ya”
- c. Tempat : “Ibu untuk tempatnya mau dimana? Baiklah, di ruang makan ya ibu”

KERJA: (langkah-langkah tindakan keperawatan)

“Baiklah ibu, tadi saya melihat ibu mengabaikan makanan ibu. Apa yang menyebabkan ibu mengabaikan makanan ibu?”

“Jadi ibu malas makan. Nah menurut ibu makanan itu ada manfaatnya tidak? Baik, bisa ibu sebutkan? Jadi manfaat makan itu supaya badan bertenaga dan sehat ya bu. Menurut ibu apa akibat kalau kita tidak makan? Badan lemas dan bisa sakit ya.”

“Baik bu, sekarang menurut ibu lebih baik mana, makan supaya bertenaga dan sehat atau tidak makan badan menjadi lemas dan bisa sakit? Lebih baik makan ya bu!”

“Iya, ibu sudah tau bahwa makan itu penting ya bu, sekarang dalam sehari berapa kali ibu harus makan? 3 kali sehari ya bu. Pada saat kapan saja bu? Pagi, siang dan sore ya.”

“Biasanya, bagaimana cara ibu saat makan dan minum? Apa ibu menggunakan alat seperti piring, mangkuk, sendok, dan gelas saat makan dan minum? Oh seperti itu, apa menurut ibu kebiasaan makan dan minum ibu sudah baik dan benar? Baik kalau begitu, sekarang saya akan ajarkan ibu cara makan dan minum yang baik dan benar ya.”

“Baik bu, sebelum makan kita harus siapkan makanan yang akan kita makan terlebih dahulu ya bu, makanannya sudah ada di piring atau mangkuk dan ada alat makannya juga ya bu, jangan lupa air minum sudah dalam gelas juga ya bu.”

1. “Langkahnya, yang pertama sebelum makan kita harus cuci tangan terlebih dahulu ya bu, agar bersih dari kuman dan penyakit. Ibu bisa mengikuti yang saya contohkan ya bu, kita basahi tangan dengan air mengalir, kemudian beri sabun, kemudian lakukan seperti ini ya bu. Nah, sekarang bisa ibu lakukan kembali?”
2. “Yang kedua, setelah cuci tangan, kita ambil makanan dan minuman yang sudah siap ya bu, ibu biasa makan dimana? Baik, ibu bisa makan di ruang makan ya atau di ruang yang memiliki kursi untuk duduk.”
3. “Setelah itu yang ketiga, ibu bisa duduk dan bersiap untuk makan dengan berdoa, apa ibu sudah tau doa makan, baik, bisa ibu lakukan? Bagus sekali.”
4. “Setelah doa, ibu bisa mulai makan dengan mengambil makanan dengan sendok kemudian masukan ke mulut, kunyah perlahan dan jangan terburu-buru ya bu, agar ibu tidak tersedak saat makan. Setelah habis, jangan lupa untuk minum ya bu. Selain itu, sesudah makan, ibu bisa minum 8-10 gelas sehari ya bu, agar ibu tidak kekurangan cairan dan tidak merasa haus.”

5. “Setelah makan ibu bisa berdoa ya bu. Ibu sudah tau doanya? Sudah, bagaimana doanya? Bagus sekali ibu, kemudian bersihkan alat-alat makan dan minum ibu, kemudian menyimpannya di tempat piring kotor.”
6. “Yang terakhir, setelah selesai, jangan lupa untuk mencuci tangan Kembali ya bu. Nah, setelah makan apa yang biasanya ibu lakukan? Wah bagus sekali ibu, iya bu, setelah makan ibu bisa minum obat ibu agar ibu cepat sembuh. Nah, jadi cara makan dan minum yang baik seperti itu ya bu. Apa ada yang ingin ditanyakan?”

TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan
Evaluasi subjektif : “bagaimana perasaan ibu setelah ibu latihan makan dan minum?.”
Evaluasi objektif : “sekarang coba ibu sebutkan langkah-langkah makan dan minum dengan benar?”
“bagus sekali ibu masih mengingat langkah-langkah makan dan minum dengan benar”
2. Tindak lanjut klien (apa yang perlu dilatih klien sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan):
“Karena ibu sudah melakukan kegiatan makan dan minum, ibu akan melakukan kegiatan makan dan minum berapa kali sehari?” “baik 3 kali sehari ya bu, pagi, siang, dan malam hari ya”
“selanjutnya seperti biasa ya ibu, kegiatan ini dimasukkan ke dalam jadwal harian, ibu masih ingat cara menulisnya?, coba ibu sebutkan caranya. Iya, bagus sekali ibu.”
“baik ibu, karena ibu sudah memasukkan kegiatan makan dan minum di jadwal harian ibu, saya harap ibu juga tetap ingat dan tetap melakukan kegiatan lainnya sesuai dengan jadwal”
3. Kontrak yang akan datang
Topik: “ibu, besok kita akan latihan untuk kemampuan ke empat, yaitu cara BAB/BAK yang benar yaa ibu?” apakah ibu bersedia?”
Waktu: “ibu maunya mulai jam berapa?, baik, jam 16.00 sore ya”
Tempat: “ibu maunya kita latihan dimana?, baik, disini saja ya ibu”

“Baiklah bu kalau begitu kita akan berlatih BAB/BAK besok pukul 16.00 WIB sore disini ya ibu”
“kalau begitu saya pamit terlebih dahulu ya ibu, selamat siang”

A. Proses Keperawatan (SP IV)

1. Kondisi Klien :

a. Data subjektif : -

b. Data objektif :

- 1) Klien tampak lebih segar dan wangi
- 2) Klien tampak berpenampilan rapi
- 3) Klien tampak BAB/BAK di sembarang tempat

2. Diagnosa Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

3. Tujuan :

- 1) Klien dapat melakukan BAB/BAK secara mandiri
- 2) Klien mampu melakukan BAB/BAK pada tempatnya

4. Tindakan Keperawatan (sesuai SP)

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- b. Melatih klien untuk melakukan BAB/BAK secara mandiri
- c. Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
- d. Menjelaskan cara membersihkan diri dan tempat setelah BAB/BAK
- e. Memberikan reinforcement positif terhadap setiap keberhasilan klien
- f. Memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

B. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

ORIENTASI

1. Salam terapeutik :

“Selamat pagi ibu, saya kembali lagi, apakah ibu masih ingat dengan saya?”

2. Evaluasi/ validasi :

“Bagaimana perasaan ibu hari ini?”

“Ibu tampak segar dan wangi, ibu sudah mandi ya?”

3. Kontrak:

- a. Topik : “baik ibu, sesuai janji kita, hari ini kita akan melakukan kegiatan melatih BAB/BAK secara mandiri ya”
- b. Waktu : “waktu yang kita butuhkan sekitar 20 menit ya, apakah ibu bersedia?”
- c. Tempat : “ Ibu untuk tempatnya mau dimana? Oke tempatnya di sini saja ya ibu”

KERJA: (langkah-langkah tindakan keperawatan)

“Baik ibu, sekarang saya Tanya, dimana seharusnya ibu BAB dan BAK?”

“iya betul sekali ibu. Kalau mau BAB dan BAK tempatnya di WC”

“nah sekarang saya akan menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK. Jadi setelah BAB dan BAK ibu membersihkan anus atau kemaluan dengan air yang bersih dan pastikan sudah tidak ada tinja/ air kencing yang tersisa di badan ibu, apakah ibu paham?”

“selain itu setelah ibu selesai membersihkan diri, jangan lupa untuk membersihkan tinja/air kencing yang ada di WC. Caranya dengan menyiram air secukupnya hingga tidak tersisa di WC. Nah setelah selesai membersihkan tinja/air kencing, ibu perlu merapikan kembali pakaian sebelum ibu keluar dari WC, lalu setelah itu ibu cuci tangan menggunakan sabun.”

TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi subjektif : “bagaimana perasaan ibu setelah belajar BAB dan BAK secara mandiri tadi?”

Evaluasi objektif : “nah ibu apakah masih ingat apa yang kita pelajari tadi? Coba ibu sebutkan”

“bagus sekali ibu, ibu bisa mengingatnya dengan tepat”

2. Tindak lanjut klien (apa yang perlu dilatih klien sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan):

“Karena ibu sudah melakukan latihan BAB dan BAK secara mandiri, jadi sewaktu ibu ingin BAB atau BAK ibu dapat melakukannya secara benar dan mandiri.”

“Baik seperti biasa ya ibu, kegiatan ini dimasukkan ke dalam jadwal harian, ibu masih ingat cara menulisnya?, coba ibu sebutkan caranya. Iya, bagus sekali ibu.

3. Kontrak yang akan datang

Topik: “ibu, bagaimana jika besok kita berbincang-bincang mengenai jadwal keseharian ibu?, apakah ibu setuju?”

Waktu: “baik ibu besok mau berbincang jam berapa bu?, baik, jam 15.00 sore ya”

Tempat: “ibu maunya kita berbincang-bincang dimana?, baik, diruangan ini saja ya bu”

“Baiklah bu kalau begitu besok kita akan berbincang-bincang mengenai jadwal keseharian ibu, dimulai dari jam 15.00 sore di dalam ruangan ini ya ibu”

“kalau begitu saya pamit terlebih dahulu ya ibu, selamat sore”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN
KOMUNIKASI KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
GANGGUAN ISOLASI SOSIAL**

Tugas Ini Disusun Untuk Memenuhi Penugasan

Mata Kuliah Keperawatan Psikiatri

Dosen Pengampu : Giri Susilo Adi, S.Kep.,Ns.,M.Kep



Di susun oleh :

Adinda Salma Maelani

SKA12022001

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

2024

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KOMUNIKASI KEPERAWATAN ISOLASI SOSIAL

STRATEGI PELAKSANAAN 1 (SP 1)

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien :

a. Data Subjektif

- 1) Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mau keluar rumah, malas mandi, dan membatasi interaksi
- 2) Pasien mengatakan suka sendiri

b. Data Objektif

- 1) Pasien terlihat menunduk, menyendiri dipojokan kamar, bicara seperlunya, dan kontak mata kurang.

B. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial

C. Tujuan

1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.
2. Klien dapat menyebutkan penyebab isolasi sosial.
3. Klien mampu menyebutkan keuntungan dan kerugian hubungan dengan orang lain.
4. Klien dapat melaksanakan hubungan social secara bertahap.
5. Klien mampu menjelaskan perasaan setelah berhubungan dengan orang lain.
6. Klien mendapat dukungan keluarga dalam memperluas hubungan sosial.
7. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

D. Tindakan Keperawatan.

1. Membina hubungan saling percaya.
2. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien.
3. Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain.
4. Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian berinteraksi dengan orang lain
5. Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang

6. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian.

B. Proses Pelaksanaan

1. Fase Orientasi.

a. Salam Terapeutik.

“Assalamualaikum..!!! selamat pagi bu..... perkenalkan nama saya Adinda salma maelani, biasa dipanggil Dinda. Saya mahasiswa STIKES Notokusumo Yogyakarta yang akan dinas di ruangan jarangoyang ini selama 3 minggu. Hari ini saya dinas pagi dari jam 07:00 sampai jam 14:00 siang. Saya akan merawat ibu selama di rumah sakit ini. Nama ibu siapa? Senangnya ibu di panggil apa?”

b. Evaluasi / Validasi.

“Bagaimana perasaan Bu..... hari ini? O.. jadi Bu merasa bosan dan tidak berguna Apakah Ibu masih suka menyendiri ??”

c. Kontrak.

Topik:

“Baiklah Bu, bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang perasaan Bu dan kemampuan yang Bu miliki? Apakah bersedia? Tujuannya Agar ibu dengan saya dapat saling mengenal sekaligus ibu dapat mengetahui keuntungan berinteraksi dengan orang lain dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain”

Waktu : “Berapa lama Bu mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit saja ya?”

Tempat : “Ibu mau berbincang-bincang dimana? Bagaimana kalau di ruang tamu?.”

2. Fase kerja.

“Dengan siapa ibu tinggal serumah?”

Siapa yang paling dekat dengan ibu?

apa yang menyebabkan ibu dekat dengan orang tersebut?

Siapa anggota keluarga dan teman ibu yang tidak dekat dengan ibu?

apa yang membuat ibu tidak dekat dengan orang lain? A

pa saja kegiatan yang biasa ibu lakukan saat bersama keluarga?

Bagaimana dengan teman-teman yang lain?

Apakah ada pengalaman yang tidak menyenangkan ketika bergaul dengan orang lain? Apa yang menghambat ibu dalam berteman atau bercakap-cakap dengan orang lain?

Menurut ibu apa keuntungan kita kalau mempunyai teman?

Wah benar, kita mempunyai teman untuk bercakap-bercakap.

Apa lagi ibu? (sampai pasien dapat menyebutkan beberapa)

Nah kalau kerugian kita tidak mempunyai teman apa ibu? ya apa lagi? (sampai menyebutkan beberapa) jadi banyak juga ruginya tidak punya teman ya.

Kalau begitu ingin ibu belajar berteman dengan orang lain?

Nah untuk memulainya sekrang ibu latihan berkenalan dengan saya terlebih dahulu. Begini ibu, untuk berkenalan dengan orang lain dengan orang lain kita sebutkan dahulu nama kita dan nama panggilan yang kita sukai.

Contohnya: nama saya Khairil Anwar, senang sipanggil Anwar.

Selanjutnya ibu menanyakan nama orang yang diajak berkenalan. Contohnya nama Bapak siapa ? senangnya dipanggil apa?

Ayo bu coba dipraktekkan! Misalnya saya belum kenal dengan ibu. coba ibu berkenalan dengan saya.

Ya bagus sekali ibu!! coba sekali lagi ibu...!!! bagus sekali ibu!!

Setelah berkenalan dengan ibu, orang tersebut diajak ngobrol tentang hal-hal yang menyenangkan. Misalnya tentang keluarga, tentang hobi, pekerjaan dan sebagainya,

Nah bagaimana kalau sekarang kita latihan bercakap-cakap dengan teman ibu” (dampingi pasien bercakap-cakap).

3. Terminasi.

a. Evaluasi subjektif dan objektif :

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita latihan berkenalan?

Nah sekarang coba ulangi dan peragakan kembali cara berkenalan dengan orang lain!”

b. RTL

“Baiklah ibu, dalam satu hari mau berapa kali ibu latihan bercakap-cakap dengan teman? Dua kali ya ibu? baiklah jam berapa ibu akan latihan? Ini ada jadwal kegiatan, kita isi pada jam 11:00 dan 15:00 kegiatan ibu adalah bercakap-cakap dengan teman sekamar. Jika ibu melakukannya secara mandiri maka ibu menuliskan M, jika ibu melakukannya dibantu atau diingatkan oleh keluarga atau teman maka ibu buat ibu, Jika ibu tidak melakukannya maka ibu tulis T. apakah ibu mengerti? Coba ibu ulangi? Naah bagus ibu.”

c. Kontrak yang akan datang :

Topik :

“Baik lah ibu bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang tentang pengalaman ibu bercakap-cakap dengan teman-teman baru dan latihan bercakap-cakap dengan topik tertentu. apakah ibu bersedia?”

Waktu : “bu mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 11:00?”

Tempat : “Ibu maunya dimana kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di ruang tamu?? Baiklah bu besok saya akan kesini jam 11:00 sampai jumpa besok ibu. saya permissi Assalamualaikum Wr,Wb.”

STRATEGI PELAKSANAAN 2 (SP 2)

A. Proses Keperawatan.

1. Kondisi Klien.

Data subjektif : Klien mengatakan malas berinteraksi dengan orang lain

Data objektif :

- a. Klien menyendiri di kamar.
- b. Klien tidak mau melakukan aktivitas di luar kamar.
- c. Klien tidak mau melakukan interaksi dengan yang lainnya.

2. Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial.

3. Tujuan.

- a. Klien dapat mempraktekkan cara berkenalan dengan orang lain.
- b. Klien memiliki keinginan untuk melakukan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain.

4. Tindakan Keperawatan.

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
- b. Memberikan kesempatan kepada pasien mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang.
- c. Membantu pasien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian.

B. Proses Pelaksanaan

1. Fase Orientasi.

- a. Salam Terapeutik.

Assalamualaikum, Selamat pagi ibu, Masih ingat dengan saya?

- b. Evaluasi/ Validasi :

Bagaimana dengan perasaan ibu hari ini? Apakah masih ada perasaan kesepian, bagaimana semangatnya untuk bercakap-cakap dengan teman? Apakah ibu sudah mulai berkenalan dengan orang lain? Bagi mana perasaan ibu setelah mulai berkenalan?

- c. Kontrak :

Topik :

“Baiklah sesuai dengan janji kita kemarin hari ini kita akan latihan bagaimana berkenalan dan bercakap-cakap dengan 2 orang lain agar ibu semakin banyak teman. Apakah ibu bersedia?”

Waktu : “Berapa lama ibu mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit?”

Tempat : “Ibu mau berbincang-bincang dimana? Bagaimana kalau di ruang tamu?”

2. Fase Kerja.

“Baiklah hari ini saya datang bersama dua orang ibu perawat yang juga dinas di ruangan jarangoyang, ibu bisa memulai berkenalan.. apakah ibu masih ingat bagaimana cara berkenalan? (beri pujian jika pasien masih ingat, jika pasien lupa, bantu pasien mengingat kembali cara berkenalan) nah silahkan ibu mulai (fasilitasi perkenalan antara pasien dengan perawat lain) wah bagus sekali ibu, selain nama,alamat, hobby apakah ada yang

ingin ibu ketahui tentang perawat C dan D? (bantu pasien mengembangkan topik pembicaraan) wah bagus sekali, Nah ibu apa kegiatan yang biasa ibu lakukan pada jam ini? Bagaimana kalau kita menemani teman ibu yang sedang menyiapkan makan siang di ruang makan sambil menolong teman ibu bisa bercakap-cakap dengan teman yang lain. Mari bu.. (dampingi pasien ke ruang makan) apa yang ingin ibu bincangkan dengan teman ibu. ooh tentang cara menyusun piring diatas meja silahkan ibu(jika pasien diam dapat dibantu oleh perawat) coba ibu tanyakan bagaimana cara menyusun piring di atas meja kepada teman ibu? apakah harus rapi atau tidak? Silahkan bu, apalagi yang ingin bu bincangkan.. silahkan.

Oke sekarang piringnya sudah rapi, bagaimana kalau ibu dengan teman ibu melakukan menyusun gelas diatas meja bersama... silahkan bercakap-cakap ibu.”

3. Terminasi.

a. Evaluasi subjektif dan objektif :

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita berkenalan dengan perawat B dan C dan bercakap-cakap dengan teman ibu saat menyiapkan makan siang di ruang makan? Coba ibu sebutkan kembali bagaimana caranya berkenalan?”

b. RTL

“Bagaimana kalau ditambah lagi jadwal kegiatan ibu yaitu jadwal kegiatan bercakap-cakap ketika membantu teman sedang menyiapkan makan siang. Mau jam berapa ibu latihan? Oo ketika makan pagi dan makan siang.”

c. Kontrak yang akan datang :

Topik : “Baik lah ibu bagaimana kalau besok saya kan mendampingi ibu berkenalan dengan 4 orang lain dan latihan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan harian lain, apakah ibu bersedia?”

Waktu : “Ibu mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10:00 ? Baiklah ibu besok saya akan kesini jam 10:00 sampai jumpa besok ibu. saya permisi Assalamualaikum.”

Tempat : “Ibu maunya dimana kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di ruang tamu?”

STRATEGI PELAKSANAAN 3 (SP 3) ISOLASI SOSIAL

A. Proses Keperawatan.

1. Kondisi Klien.

Data subjektif :

- Klien mengatakan masih malu berinteraksi dengan orang lain.
- Klien mengatakan masih sedikit malas berinteraksi dengan orang lain.

Data objektif :

- Klien tampak sudah mau keluar kamar.
- Klien belum bisa melakukan aktivitas di ruangan.

2. Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial.

3. Tujuan.

- a. Klien mampu berkenalan dengan dua orang atau lebih.
- b. Klien dapat memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

4. Tindakan Keperawatan.

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
- b. Memberikan kesempatan pada klien berkenalan.
- c. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

B. Proses Pelaksanaan

1. Fase Orientasi.

a. Salam Terapeutik.

Assalamualaikum bu, Selamat pagi bu, masih ingat dengan saya?

b. Evaluasi/ Validasi :

“Bagaimana dengan perasaan ibu hari ini? Apakah masih ada perasaan kesepian? Apakah ibu sudah bersemangat bercakap-cakap dengan orang lain? Apa kegiatan yang dilakukan sambil bercakap-cakap? Bagaimana dengan jadwal berkenalan dan bercakap-cakap, apakah sudah dilakukan? Bagus ibu”

c. Kontrak :

Topik :

Baiklah sesuai dengan janji kita kemarin hari ini saya akan mendampingi bu berkenalan atau bercakap-cakap dengan tukang masak, serta bercakap-cakap dengan teman sekamar saat melakukan kegiatan harian. Apakah ibu bersedia?

Waktu : “Berapa lama ibu mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit?”

Tempat : “Ibu mau berbincang-bincang dimana? Bagaimana kalau di ruang tamu?”

2. Fase Kerja.

Baiklah ibu, bagaimana jika kita menuju ruang dapur, disana para juru masak sedang memasak dan jurumasak disana berjumlah lima orang disana. Bagaimana jika kita berangkat sekarang? Apakah ibu sudah siap bergabung dengan banyak orang? Nah ibu sesampainya disana ibu langsung bersalaman dan memperkenalkan diri seperti yang sudah kita pelajari, ibu bersikap biasa saja dan yakin bahwa orang-orang disana senang dengan kedatangan ibu. baik lah bu kita berangkat sekarang ya bu.

(selanjutnya perawat mendampingi pasien di kegiatan kelompok, sampai dengan kembali keruma).

Nah bu, sekarang kita latihan bercakap-cakap dengan teman saat melakukan kegiatan harian, kegiatan apa yang ingin bu lakukan? Ooh merapikan kamar baiklah dengan siapa ibu ingin didampingi? Dengan Nn. E? baiklah bu. kegiatannya merapikan tempat tidur dan menyapu kamar tidur ya bu(perawat mengaja pasien E untuk menemani pasien merapikan tempat tidur dan menyapu kamar, kemudian memotivasi pasien dan teman sekamar bercakap-cakap.

3. Terminasi.

a. Evaluasi subjektif dan objektif : “Bagaimana perasaan ibu setelah kita berkenalan dengan juru masak di dapur ? kalau setelah merapikan kamar bagaimana ibu? apa pengalaman ibu yang menyenangkan

berada dalam kelompok? Adakah manfaatnya kita bergabung dengan orang banyak?”

b. RTL : “Baiklah ibu selanjutnya ibu bisa menambah orang yang ibu kenal. Atau ibu bisa ikut kegiatan menolong membawakan nasi untuk dimakan oleh teman-teman ibu. jadwal bercakap-cakap setiap pagi saat merapikan tempat tidur kita cantumkan dalam jadwal ya ibu. setiap jam berapa ibu akan berlatih? Baiklah pada pagi jam 08:00 dan sore jam 16:00.”

c. Kontrak yang akan datang :

Topik : “Baik lah ibu bagaimana kalau besok saya kan mendampingi ibu dalam melakukan berbincang-bincang saat menjemput pakaian ke laundry. apakah ibu bersedia?”

Waktu : “Ibu mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 11:00”

Tempat : “Ibu maunya dimana kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di ruang tamu? Baiklah B besok saya akan kesini jam 11:00 sampai jumpa besok B. saya permisi Assalamualaikum.”

STRATEGI PELAKSANAAN 4 (SP 4) ISOLASI SOSIAL

A. Proses Keperawatan.

1. Kondisi Klien.

Data subjektif :

1. Klien mengatakan sudah mau berinteraksi dengan orang lain.
2. Klien mengatakan mampu berinteraksi dengan orang lain.

Data objektif :

1. Klien sudah mau keluar kamar.
2. Klien bisa melakukan aktivitas di ruangan.

2. Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial.

3. Tujuan.

- a. Klien mampu berkenalan dengan dua orang atau lebih.
- b. Klien dapat memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

4. Tindakan Keperawatan.

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
- b. Memberikan kesempatan pada klien berkenalan.
- c. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

B. Proses Pelaksanaan

1. Fase Orientasi.

- a. Salam Terapeutik.

Assalamualaikum bu, Selamat pagi bu. Apakah ibu masih kenal dengan saya?

- b. Evaluasi/ Validasi :

Bagaimana dengan perasaan ibu hari ini? masih ada perasaan kesepia, rasa enggan berbicara dengan orang lain? Bagaimana dengan kegiatan hariannya sudah dilakukan? dilakukan sambil bercakap-cakap kan ibu? sudah berapa orang baru yang ibu kenal? Dengan teman kamar yang lain bagaimana? Apakah sudah bercakap-cakap juga? Bagaimana perasaan ibu setelah melakukan semua kegiatan? Waah ibu memang luar biasa.

- c. Kontrak :

Topik : “Baiklah sesuai dengan janji kita kemarin hari ini saya akan mendampingi ibu dalam menjemput pakaian ke laundry atau latihan berbicara saat melakukan kegiatan sosial. Apakah ibu bersedia?.”

Waktu : “Berapa lama ibu mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 20 menit?”

Tempat : “Ibu mau berbincang-bincang dimana? Bagai mana kalau di ruang tamu?”

2. Fase Kerja.

Baiklah, apakah bu sudah mempunyai daftar baju yang akan di ambil? (sebaiknya sudah disiapkan oleh perawat) baiklah ibu mari kita berangkat ke ruangan laundry.(komunikasi saat di ruangan laundry).

Nah ibu caranya yang pertama adalah ibu ucapkan salam untuk ibu siti, setelah itu ibu bertanya kepada ibu Siti apakah pakaian untuk ruangan melati sudah ada? Jika ada pertanyaan dari ibu siti ibu jawab ya.. setelah

selesai, minta ibu siti menghitung total pakaian dan kemudian ibu ucapkan terimakasih pada Ibu siti.. Nah sekarang coba ibu mulai (perawat mendampingi pasien)

3. Terminasi.

a. Subjektif dan objektif :

Bagaimana perasaan ibu setelah bercakap-cakap saat menjemput pakaian ke ruangan laundry? Apakah pengalaman yang menyenangkan bu?

b. RTL :

Baiklah bu, selanjutnya ibu bisa terus menambah orang yang ibu kenal dan melakukan kegiatan menjemput pakaian ke ruangan laundry.

c. Kontrak yang akan datang :

Topik :

Baik lah bu bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang lagi tentang kebersihan diri. apakah ibu bersedia?

Waktu :

Ibu mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 11:00

Tempat :

Ibu maunya dimana kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di ruang tamu? Baiklah bu besok saya akan kesini jam 11:00 sampai jumpa besok bu. saya permisi Assalamualaikum