

PANDUAN KEPERAWATAN JIWA

Profesi Ners TA 2014/2015



DISUSUN :
TIM KEPERAWATAN JIWA

**PENDIDIKAN PROFESI NERS
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN 'AISYIAH
YOGYAKARTA
2014**

DAFTAR ISI

Daftar Isi	iii
Panduan Pelaksanaan Pembelajaran	1
Al Qur'an dan Hadits	1
I. Informasi Umum	2
II. Tujuan Instruksional.....	2
III. Kompetensi	4
IV. Materi Yang Harus dikuasai	5
V. Metode Bimbingan	7
VI. Evaluasi	7
VII. Tempat Dan Alur Praktik.....	8
VIII. Uraian Kegiatan	10
IX. Pembimbing	11
X. Bobot Penugasan.....	11
XI. Daftar Acuan.....	12
Lampiran	15

PANDUAN PELAKSANAAN PEMBELAJARAN TAHAP PROFESI KEPERAWATAN JIWA (3 sks)/ 4 minggu

Al Qur'an

وَلْتَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ
وَالْعَمَلَاتِ وَبَشِيرِ الصَّابِرِينَ (١٥٥)

"Dan sungguh akan kami berikan cobaan kepadamu dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan. Dan berikanlah berita gembira kepada orang-orang yang sabar." (Q.S. 2: 155)

الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ
(٢٨)

"(Yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah-lah hati menjadi tenteram." (Q.S. 13: 28)

Hadits

"Diangkat dalam kalam (dibebaskan dari ketentuan-ketentuan hukum) dari tiga golongan yaitu: orang yang sedang tidur sampai dengan dia bangun, dari anak-anak sampai ia bermimpi dan dari diri orang gila sampai ia berakal (sembuh)." HR Muslim dari Anas bin Malik.

I. INFORMASI UMUM

A. Deskripsi Mata Ajar

Keperawatan jiwa adalah pelayanan profesional yang didasarkan pada ilmu keperawatan jiwa dan teknik keperawatan jiwa berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif ditujukan paada individu, keluarga dan masyarakat baik sehat maupun sakit dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan jiwa menggunakan model stress adaptasi Stuart and Sundeen yang terdiri dari empat tahap penanganan yaitu : tahap *crisis*, tahap *acute*, tahap *maintenance* (pemeliharaan), dan tahap *health promotion* (peningkatan kesehatan).

Fokus mata ajaran ini mengaplikasikan konsep dasar keperawatan jiwa serta klien sebagai sistem yang adaptif dalam rentang respon sehat jiwa sampai gangguan jiwa dan psikodinamika terjadinya masalah kesehatan/ keperawatan dalam pencegahan dan penanganan terhadap klien dengan masalah bio-psiko-sosio-spiritual dan gangguan kesehatan jiwa serta modalitas keperawatan. Mata ajaran ini juga akan mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa pada beberapa gangguan jiwa termasuk didalamnya populasi anak, remaja, dewasa dan lanjut usia, dalam layanan klinik, kelompok khusus maupun komunitas berbasis individu, keluarga dan masyarakat.

B. Jumlah SKS dan Lamanya Program

Mata ajar ini mempunyai bobot 3 SKS dan lama pembelajaran adalah 4 minggu (24 hari), termasuk proses evaluasi akhir stase.

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL

A. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan berbagai rentang kesehatan jiwa mulai sehat jiwa, masalah psikososial dan gangguan jiwa berdasarkan *basic of knowledge*, dengan menggunakan pendekatan

proses keperawatan melalui komunikasi terapeutik secara komprehensif dan profesional dalam konteks individu, keluarga dan masyarakat.

B. Tujuan Instruksional Khusus

Bila dihadapkan pada pasien yang mengalami masalah kesehatan jiwa pada area keperawatan jiwa, mahasiswa mampu:

1. Melakukan pengkajian keperawatan jiwa
 - a. Melakukan pengkajian secara holistik melalui wawancara pada pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik catatan medis dan catatan keperawatan yang digunakan di lahan praktik
 - b. Melakukan pemeriksaan status mental kesehatan jiwa
 - c. Menentukan kategori penanganan pasien jiwa
2. Menganalisa dan Menetapkan diagnosis keperawatan
 - a. Mengidentifikasi dan menganalisa data-data yang didapatkan antara data-data normal dan data-data abnormal.
 - b. Menetapkan diagnosis keperawatan sesuai dengan analisis data yang didapat berdasarkan data objektif dan subjektif yang tepat
 - c. Merumuskan diagnosis keperawatan jiwa baik aktual, risiko maupun wellness.
 - d. Menentukan prioritas diagnosis keperawatan
3. Menentukan tujuan keperawatan
 - a. Menentukan tujuan jangka panjang dan jangka pendek
 - b. Menetapkan kriteria pencapaian tujuan
4. Merencanakan tindakan keperawatan
 - a. Menetapkan tindakan-tindakan keperawatan yang tepat dalam mengatasi masalah.
 - b. Menetapkan tindakan-tindakan keperawatan yang mencakup tindakan observasi keperawatan, terapi keperawatan, pendidikan kesehatan, dan tindakan kolaborasi
 - c. Memberikan rasionalisasi dari setiap tindakan yang direncanakan

5. Melakukan implementasi tindakan keperawatan
 - a. Menyiapkan rencana interaksi/strategi pelaksanaan pada setiap pertemuan/ interaksi dengan pasien.
 - b. Melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan sesuai dengan standar prosedur dengan menggunakan teknik komunikasi terapeutik.
 - c. Melakukan home visit/ terapi keluarga sebagai bagian intervensi dari asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien.
 - d. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilaksanakan
6. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan
 - a. Mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (melakukan tindak lanjut asuhan keperawatan dengan metode evaluasi SOAP)
 - b. Memodifikasi diagnosis keperawatan berdasarkan hasil evaluasi
7. Membuat rencana pendidikan kesehatan, termasuk rencana pemulangan pasien (discharged planning)

III. KOMPETENSI

Kompetensi yang diharapkan dicapai pada stase keperawatan jiwa terdiri dari :

1. Asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, menganalisa data dan menentukan diagnose keperawatan, menentukan outcome keperawatan, menyusun rencana keperawatan, mengimplementasikan rencana dan mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada berbagai klien dengan masalah kesehatan jiwa pada tahap krisis, akut, maintenance dan health promotion dalam konteks individu, keluarga dan masyarakat:
 - a. Askep klien dengan gangguan kecemasan
 - b. Askep klien dengan gangguan konsep diri
 - c. Askep klien dengan gangguan harga diri rendah kronis
 - d. Askep klien dengan gangguan interaksi sosial
 - e. Askep klien dengan gangguan waham

- f. Askep klien dengan gangguan halusinasi
 - g. Askep klien dengan perilaku bunuh diri
 - h. Askep klien dengan perilaku kekerasan
 - i. Askep klien dengan defisit perawatan diri
2. Pengkajian spesifik pada Keperawatan Jiwa:
 - a. Pemeriksaan Status Mental pasien psikiatri.
 - b. Sistem Kategori pasien Jiwa
 - c. Penilaian Resiko Perilaku Kekerasan
 - d. Penilaian Resiko Bunuh Diri
 3. Terapi pada keperawatan jiwa:
 - a. Restrain
 - b. Isolasi
 - c. Terapi Aktifitas Kelompok
 - d. Terapi Rehabilitasi
 - e. Terapi Keluarga
 - f. Manajemen Halusinasi
 - g. Manajemen Perilaku Kekerasan
 - h. Manajemen Waham
 4. Asuhan keperawatan kedaruratan psikiatrik pada area intensif psikiatri.
 5. Asuhan Keperawatan Jiwa Komunitas: *Screening* kesehatan jiwa masyarakat, Pembentukan dan Pelatihan Kader, Penyuluhan kesehatan jiwa pada masyarakat.

IV. MATERI YANG HARUS DIKUASAI

1. Konsep sehat sakit jiwa (sehat jiwa, masalah psikososial dan gangguan jiwa).
2. PPDGJ: Konsep dasar, dan penggolongan gangguan psikiatri: Penegakan diagnosa gangguan jiwa dan sistem diagnosis multiaxial
3. Berbagai jenis gangguan jiwa dan psikodinamikanya:
 - a. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
 - b. Gangguan mood dan afeksi
 - c. Gangguan somatoform
 - d. Gangguan kepribadian
 - e. Gangguan mental organik

- f. Gangguan Neurotik
- g. Gangguan jiwa pada anak, remaja dan lanjut usia
- 4. Asuhan Keperawatan mulai dari pengkajian, menganalisa data dan menentukan diagnose keperawatan, menentukan outcome keperawatan, menyusun rencana keperawatan, mengimplementasikan rencana dan mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada berbagai klien dengan masalah kesehatan jiwa pada tahap krisis, akut, maintenance dan health promotion dalam konteks individu, keluarga dan masyarakat:
 - a. Askep klien dengan gangguan kecemasan
 - b. Askep klien dengan gangguan konsep diri
 - c. Askep klien dengan gangguan interaksi sosial
 - d. Askep klien dengan gangguan waham
 - e. Askep klien dengan gangguan halusinasi
 - f. Askep klien dengan perilaku bunuh diri
 - g. Askep klien dengan perilaku kekerasan
 - h. Askep klien dengan harga diri rendah kronis
 - i. Askep klien dengan defisit perawatan diri
- 5. Askep pada klien sehat jiwa sesuai tahapan perkembangan (individu, kelompok, keluarga dan masyarakat)
- 6. Asuhan keperawatan kedaruratan psikiatrik pada area intensif psikiatri.
- 7. Pengkajian spesifik pada Keperawatan Jiwa:
 - a. Sistem Kategori Pasien Jiwa
 - b. Pemeriksaan Status Mental pasien psikiatri.
 - c. Pengkajian Halusinasi
 - d. Pengkajian Perilaku Kekerasan
 - e. Pengkajian Bunuh Diri
- 8. Terapi pada keperawatan jiwa: Restrain, Isolasi, Terapi Aktifitas Kelompok, Terapi Rehabilitasi, Manajemen Halusinasi, Manajemen Perilaku Kekerasan, Manajemen Waham, Terapi psikofarmaka.
- 9. Konsep Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN):
 - a. Konsep dasar *Community Mental Health Nursing (CMHN)*.
 - b. Rentang pelayanan keperawatan jiwa.

- c. Piramida dan pengorganisasian sumber daya kesehatan.
- d. Pengorganisasian masyarakat dalam CMHN
- e. Proses asuhan keperawatan dalam CMHN

V. METODE BIMBINGAN

No	METODE BIMBINGAN	Jumlah	Tempat	Keterangan
1	Pre dan post conference	4 kali	RS Grhasia	Pre conference setiap Selasa jam 13.00, post conference setiap Jum'at/ Sabtu
2	Bed Side Teaching	1 kali	RS Grhasia	
3	Tutorial Kasus	1 kali	Menyesuaikan	
4	Meet The Expert (MTE)	1 kali	Menyesuaikan	

VI. EVALUASI

No	Aspek yang dievaluasi	Jumlah	Tempat	Keterangan
1.	Skill (50%)			
	Pre dan post conference	4 kali	RS Grhasia	Pre conference setiap Selasa jam 13.00, post conference setiap Jum'at/ Sabtu diambil nilai terakhir
	Ronde	1 kali	RS Grhasia	
	Presentasi Kasus	1 kali	RS Grhasia	
	Pesentasi Jurnal	1 kali	RS Grhasia	
	Ujian akhir stase	1 kali	RS Grhasia	
	DOPS:			
	Pemeriksaan Status Mental	1 kali	RS Grhasia	

	Terapi Aktifitas Kelompok	1 kali	RS Grhasia	
	Restrain	1 kali	RS Grhasia	
	Penkes di poliklinik keperawatan jiwa	1 kali	RS Grhasia	
2.	Laporan (30%)			
	LP dan Laporan Askep Lengkap RS	2		LP dibuat pada hari kedua
	Laporan resume di ruang rehabilitasi	1		
	Laporan resume di poliklinik	1		
	Laporan resume di Bima	1		
	Laporan resume di IGD	1		
	Laporan home visit	1		
	Loogbook	1		
3.	Sikap (20%)			
	Sikap minggu 1-4	1		

VII. TEMPAT dan ALUR PRAKTIK

Praktek profesi Keperawatan Jiwa pada stase klinik dilaksanakan di RS Grhasia Yogyakarta pada ruang Arimbi, ruang Nakula, Ruang Srikandi, Ruang Sadewa, Ruang Shinta, Ruang Poliklinik, Ruang Rehabilitasi, Ruang Bima dan IGD, dan pada stase komunitas.

Alur praktik stase keperawatan jiwa sebagai berikut:

Rotasi	Ruang	Minggu/ Hari																							
		I						II						III						IV					
		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1	Ruang Arimbi/ Nakula/ Srikandi/Sadewa Shinta (Rehabilitasi)	A, B, C, D A,B,C,D																							
2	Ruang Bima IGD/Poliklinik	A1B1C1D1 A2B2C2D2																							
3	Komunitas	Praktek Komunitas																							

VIII. URAIAN KEGIATAN

TEMPAT	MINGGU I	MINGGU II	MINGGU III	MINGGU IV
Ruang Arimbi/ Nakula/ Srikandi/ Sadewa/Shinta/ Rehabilitasi	Pre & post conference Laporan askep lengkap Laporan home visit BST Tutorial Kasus Presentasi kasus Menyerahkan laporan minggu ke-1	Pre & post conference Laporan askep lengkap Ronde TAK Ujian akhir stase MTE Menyerahkan laporan minggu ke-2		
Bima/ IGD/ Poliklinik			Pre & post conference PSM Laporan resume IGD Restrain Penkes di poliklinik keperawatan jiwa Presentasi jurnal Menyerahkan laporan minggu ke-3	Pre & post conference PSM Laporan resume IGD Restrain Penkes di poliklinik keperawatan jiwa Menyerahkan laporan minggu ke-4 dan logbook
Komunitas	Pengkajian data kesehatan jiwa komunitas Penyuluhan yang berkaitan dengan kesehatan jiwa Pelatihan kader kesehatan jiwa Pelatihan kader posyandu keswa Pelaksanaan Posyandu Kesehatan Jiwa			

IX. PEMBIMBING

No	Nama	Pembimbing	CP
1	Mamnu'ah, M. Kep. Ns. Sp. Kep.J	Preseptor (Koordinator Stase)	08122637100/ 085643672732
2	Sutejo, M.Kep., Ns. Sp. Kep. J	Preseptor	08179092848
3	Sadarwati, S. Kep. Ns.	Perseptor	081802600535
4	Slamet Riyanto, S.Kep.Ns	Perseptor	085643208881

X. BOBOT PENUGASAN

NO	JENIS KEGIATAN	BOBOT
1	LAPORAN PENDAHULUAN + LAPORAN KASUS+RESUME	20%
2	PRE DAN POST CONFERENCE	10%
3	DOPS	15%
4	RONDE KEPERAWATAN	5%
5	PRESENTASI KASUS	5%
6	PRESENTASI JURNAL	5%
7	TARGET KOMPETENSI	10%
8	UJIAN AKHIR STASE	20%
9	SIKAP	10%
		100%

SKALA PENILAIAN :

NILAI		HURUF	KETERANGAN
≥ 85,00	SANGAT BAIK	A	LULUS
75,00 - 84,94	BAIK	B	LULUS
65,00 – 74.94	CUKUP	C	MENGULANG UJIAN DAN PENUGASAN
55,00 - 64,94	KURANG	D	MENGULANG STASE
< 55,00	GAGAL	E	MENGULANG KEPANITERAAN DAN STASE

YOGYAKARTA,
KOORDINATOR STASE

.....

XI. DAFTAR ACUAN

Al Quranul Karim.

Fortinash & Worret. (2004). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd edition). St. Louis: Mosby.

IOWA outcomes project (2000), *Nursing Outcomes Classification (NOC) Second Edition*, Mosby Inc, St. Louis.

Keliat, (2010), *Modul Basic Course Community Mental Health Nursing*, EGC. Jakarta.

Kneisl, Wilson, & Trigoboff. (2004). *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing*. Pearson Education Inc New Jersey

Kutibin, (2008), *Terapi Holistik Islam pada Gangguan Jiwa*. Bandung

Louise R, (2005), *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*. 6 ed. Lippincott William & Wilkins.

McCloskey, C.J and Bulechek, M.G. (1996), *Nursing Intervention Classification (NIC)*, IOWA outcomes project, Mosby Inc, St. Louis.

- NANDA-I (2008), Nursing Diagnoses : Definitions and Classification, NANDA International, Philadelphia.
- PPDGJ III: Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III
- Rawlins, R.P. Williams, S.R. Beck, C.K (1993), Mental Health Psychiatric Nursing : A. Holistic Life Cycle Approach, 3 ed. St Louis, Mosby Year Book
- Sreevani, R., (2004). A Guide to Mental Health and Psychiatric nursing. 1 ed. Jaypee Brothers Medical Plublishers. Ltd.
- Stuart G.W and Laraia (2005), Principle and Practice of Psychiatric Nursing, St. Louis, Mosby Year Book.
- Stuart (2009), Pshiatric Nursing, St. Louis, Mosby Year Book
- Varcarolis, E.M. (2000). Psychiatri nursing clinical guide assesment tools and diagnosis pocket reference for community and hospital based nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

LAMPIRAN

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

I IDENTITAS KLIEN

Nama : _____
Umur : _____
Jenis Kelamin : _____
Pendidikan : _____
Pekerjaan : _____
Suku Bangsa : _____
Alamat : _____
RM No. : _____
Informan : _____
Tgl Masuk Dirawat : _____
Tgl Pengkajian : _____

II ALASAN MASUK

Diagnosis Medis:

Axis 1:

Axis 2:

Axis 3:

Axis 4:

Axis 5:

III RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

Jelaskan kondisi saat pengkajian (jelaskan sejak awal kambuh di rumah-UGD/Poli-Ruang akut-Ruang maintenance-saat bertemu pasien):

IGD/POLI (tanda dan gejala, obat yg diberikan, dx kep yg dirumuskan)	Bima (tanda dan gejala, obat yg diberikan, dx kep yg dirumuskan)	Ruang maintenance:..... (tanda dan gejala, obat yg diberikan, dx kep yg dirumuskan)	Saat Pengkajian: (tanda dan gejala, obat yg diberikan, dx kep yg dirumuskan)

IV FAKTOR PRESIPITASI (PENCETUS) DAN FAKTOR PREDISPOSISI (PENDUKUNG)

FAKTOR PREDISPOSISI			FAKTOR PRESIPITASI			STRESSOR
NEUROBIOLOGI	PSIKOLOGIS	SOSIOKULTURAL	NATURE	ORIGIN	TIMING	

V. RIWAYAT KESEHATAN SEBELUMNYA

1. Pernah mengalami masalah gangguan jiwa di masa lalu ?
Ya Tidak
Jelaskan:
2. Riwayat Pengobatan sebelumnya dan keberhasilannya
(tuliskan tahun berapa):

VI. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

2. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?
Ya Tidak
Jelaskan:
2. Genogram (minimal 3 generasi, termasuk keterangan siapa yang tinggal serumah, yang meninggal, mengidap penyakit keturunan, dan sebagainya)

VII. PENILAIAN TERHADAP STRESOR

STRESSOR	KOGNITIF	AFEKTIF	FISIOLOGIS	PERILAKU	SOSIAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN

VIII. SUMBER KOPING

DIAGNOSA KEP- ERAWATAN	PERSONAL ABILITY	SOCIAL SUPPORT	MATERIAL ASSETS	POSITIVE BELIEFS	TERAPI

IX. MEKANISME KOPING

- a. Jenis Mekanisme Koping:

<input type="checkbox"/> Negosiasi/ Kompromi	<input type="checkbox"/> Displacement
<input type="checkbox"/> Tehnik relaksasi	<input type="checkbox"/> Regresi
<input type="checkbox"/> Aktivitas konstruktif	<input type="checkbox"/> Menghindar
<input type="checkbox"/> Mencederai diri	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: _____
- b. Sumber Mekanisme Koping:
Jelaskan: _____

X PENGKAJIAN FISIK

1. Keadaan Umum : Baik Sedang Lemah
2. Tingkat kesadaran :
3. Tanda vital : TD : _____ N : _____ S : _____ P : _____
4. Ukur : TB : _____ BB : _____
5. Keluhan fisik : Ya Tidak
Bila Ya, jelaskan : _____
6. Pemeriksaan fisik : _____
7. Riwayat Pengobatan Penyakit Fisik : _____

XI PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

1. Konsep diri
 - a. Gambaran diri : _____

- b. Identitas diri : _____
 - c. Peran : _____
 - d. Ideal diri : _____
 - e. Harga diri : _____
2. Hubungan dengan Keluarga dan Masyarakat:
 - a. Di rumah (Keluarga dan Masyarakat):
 - b. Di rumah Sakit/ Lingkungan tempat tinggal saat ini:
 - c. Hasil Observasi perilaku terkait dalam hubungan sosial:
 3. Spiritual / Keagamaan
 - a. Nilai dan keyakinan:
 - b. Kegiatan Ibadah:

XII PENGKAJIAN STATUS MENTAL

1. Penampilan fisik
 - Tidak rapi Rambut kotor dan kusam
 - Penggunaan pakaian tidak sesuai Gigi kotor
 - Cara berpakaian tidak seperti biasanya
 - Badan bau
 - Kuku panjang dan kotor
 Jelaskan : _____

2. Pembicaraan
 - Cepat Keras Gagap Inkoheren
 - Apatis Lambat Membisu
 - Tidak mampu memulai pembicaraan
 Jelaskan : _____

3. Aktivitas Motorik:
 - Lesu Tegang Gelisah Agitasi
 - Tik Grimasen Tremor Kompulsif
 Jelaskan : _____

4. Alam perasaan
 - Sedih Takut Putus asa
 - Khawatir Gembira berlebihan
 Jelaskan : _____

5. Afek
Appropriate /tepat
Inappropriate/ tidak tepat
Datar Tumpul Labil Tidak sesuai
 Jelaskan : _____
6. Interaksi selama wawancara
Bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung
Curiga Defensif Kontak mata tidak ada
Kotak mata mudah beralih
 Jelaskan : _____
7. Persepsi Sensori
 Jenis: _____
 Isi _____
 Waktu munculnya halusinasi : _____
 Frekuensi halusinasi muncul : _____
 Stressor Pencetus: _____
 Respons/perasaan saat halusinasi muncul : _____
 Tindakan yang telah dilakukan untuk menghilangkan halusinasi : _____
 Keberhasilan dari tindakan yang telah dilakukan : _____
8. Proses Pikir
Sirkumtansial Tangensial Kehilangan asosiasi
Flight of idea Blocking Reeming
Pengulangan pembicaraan/perseverasi
 Jelaskan : _____
9. Isi Pikir
Obsesi Fobia Depersonalisasi
Ide yang terkait
 Waham:
Hipokondria Magic mistik Agama Kebesaran
Somatik Nihilistik Curiga
 Waham bizar

Sisip pikir Siar pikir Kontrol pikir
Jelaskan : _____

10. Tingkat kesadaran (secara kualitatif)

Bingung Sedasi Stupor
Disorientasi
 Waktu Tempat Orang

Jelaskan : _____

11. Memori

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

Jelaskan : _____

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mudah beralih Tidak mampu konsentrasi
 Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : _____

13. Kemampuan penilaian

Gangguan penilaian ringan
 Gangguan penilaian bermakna

Jelaskan : _____

14. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita
 Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : _____

XIII KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

No	Aspek Yang Dinilai	Tingkat Kemampuan					
		Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
1	Makan						
	a. Kemampuan menyiapkan makanan						
	b. Kemampuan membersihkan alat makan						
	c. Kemampuan menempatkan alat makan dan minum di tempatnya						
	2 BAB/BAK						
	a. Kemampuan mengontrol BAK/BAB di WC						
	b. Kemampuan membersihkan WC						
	c. Kemampuan membersihkan diri						
	d. Kemampuan memakai pakaian/celana						
3	Mandi						
	a. Kemampuan dalam mandi						
	b. Kemampuan dalam menggosok gigi						
	c. Kemampuan dalam keramas						
4	d. Kemampuan dalam potong kuku dan rambut						
	Berpakaian/berdandan						
	a. Kemampuan memilih pakaian						
	b. Kemampuan memakai pakaian						
	c. Kemampuan mengatur frekuensi ganti pakaian						
	d. Kemampuan mencukur jenggot (laki-laki)						
e. Kemampuan berhias (perempuan)							
5	f. Kemampuan menyisir rambut						
	Istirahat dan tidur						
	a. Kemampuan untuk mengatur waktu tidur						
	b. Kemampuan merapikan spreng dan selimut						
	c. Kemampuan untuk tidur dengan bantuan obat						
6	Penggunaan obat						
	Kemampuan pengaturan penggunaan obat						
7	Pemeliharaan kesehatan						
	a. Perawatan lanjutan (Puskesmas, RS, RSJ, Perawat, dokter)						
	b. Perawatan pendukung (keluarga, pengawas minum obat)						
8	Kegiatan di dalam rumah						
	a. Kemampuan mempersiapkan makanan						

	b. Kemampuan menjaga kerapihan rumah						
	c. Kemampuan mencuci pakaian						
	d. Kemampuan pengaturan keuangan						
9	Kegiatan di luar rumah						
	a. Kemampuan berbelanja						
	b. Kemampuan transportasi						
	Lain-lain, Jelaskan : _____ _____						

- Ket: 0: Bantuan Total
 1: Bantuan Minimal
 2: Mandiri

PERENCANAAN PULANG

Caregiver utama:	Perlengkapan yang di rumah
Perencanaan tempat (rumah, faskes di komunitas):	Kebutuhan pulang (financial, psikososial dll)
Penkes yang diberikan (spesifik jika diperlukan):	

XIV. PENGETAHUAN KURANG TENTANG:

- Penyakit Jiwa
 - System pendukung
 - Pencegahan Kekambuhan
 - Obat – obatan yang diminum
 - Sumber koping
 - Sembuh sosial
 - Manajemen hidup sehat
- Jelaskan : _____

XV PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Laboratorium:

Tanggal	Test	Hasil	Nilai Normal	Keterangan

b. Data Diagnostik: Foto Radiologi/ EEG/ MRI/CT Scan dll
 Hasil:

XVI. TERAPI MEDIS

No	Nama Obat	Dosis/ Rute	Efek Terapi	Perhatian Perawat

XVII. PENILAIAN SKOR KATEGORI PASIEN

Skrening awal: Apakah punya keinginan/ide bunuh diri/ ide pulang paksa dari pasien ? Ya/Tidak (jika Ya, berarti pasien langsung masuk kategori IV/Krisis)

Variabel:

- a. Menciderai diri/orang lain :
- b. Komunikasi :
- c. Interaksi Sosial :
- d. ADL
 - Makan :
 - Mandi :
 - Berpakaian :
- e. Tidur Istirahat :
- f. Pengobatan oral/injeksi :
- g. Aktifitas terjadwal
 - Makan :
 - Mandi :
 - Berpakaian :

Hasil:

- Skor Total Pasien :
- Kategori :
- a. Tahap Penanganan :
- b. Tujuan Perawatan :
- c. Fokus Pengkajian :
- d. Prinsip Intervensi :
- e. Hasil Yang Diharapkan :

Jika pasien masuk dalam tahap krisis:

- a. Nilai Resiko Prilaku Kekerasan :
- b. Nilai Resiko Bunuh Diri :

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN JIWA

NO URUT	NO.	DOMAIN	CLASS	KODE	PAGE	ENGLISH	INDONESIA
1	1.	Domain 1: Health Promotion	Class 2 : Health Management	K 00099	157	Ineffctive Health Maintenance	Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan
2				K 00078	161	Ineffective Self-Health Management	Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Diri
3				K 00162	164	Readiness For Enhanced Self-Health Management	Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan Diri
4				K 00080	167	Ineffective Family Therapeutic Regimen Management	Ketidakefektifan Manajemen Regimen Terapeutik Keluarga
5	2.	Domain 4: Activity/Rest	Class 1: Sleep/Rest	K 00096	219	Sleep Devription	Deprivasi Tidur
6				K 00165	220	Readiness For Enhanced	Kesiapan Peningkatan Tidur
7				K 00198	221	Disturbed Sleep Pattern	Gangguan Pola Tidur
8			Class 5: Self-Care	K 00098	248	Impaired Home Maintenance	Hambatan Pemeliharaan Rumah
9				K 00182	249	Readiess For Enhanced Self-Care	Kesiapan Peningkatan Perawatan Diri
10				K 00108	250	Bathing Self Care Deficit	Defisit Perawatan Diri: Mandi
11				K 00109	251	Dressing Self Care Defisit	Defisit Perawatan Diri: Berpakaian

12				K 00102	252	Feeding Self Care Defisit	Defisit Perawatan Diri: Makan		
13				K 00110	253	Toileting Self Care Defisit	Defisit Perawatan Diri: Eliminasi		
14				K 00193	254	Self Neglect	Pengabaian Diri		
15	3.	Domain 5: perception/cognition	Class 1: Attention	K 00123	259	Unilateral Neglect	Kealpaan Tubuh Unilateral		
16			Class 2: Orientation	K 00127	261	Impaired Environmental Interpretation Syndrom	Sindrom Gangguan Interpretasi Lingkungan		
17			Class 4: Cognition	K 00128	262	Acute Confusion	Konfusi Akut		
18						K 00129	265	Cronic Convulsion	Konfusi Kronik
19						K 00173	266	Risk For Acute Confusion	Risiko Konfusi Akut
20						K 00222	269	Ineffective Impulse Control	Ketidakefektifan Kontrol Impuls
21						K 00126	271	Deficient Knowledge	Kurang Pengetahuan
22						K 00161	272	Readiess For Enhance Knowledge	Kesiapan Peningkatan Pengetahuan
23						Class 5: Communication	K 00157	274	Readiess For Enhanced Communication
24				K 00051	275	Impaired Verbal Communication	Hambatan Komunikasi Verbal		

25	4.	Domain 6: Self Perception	Class 1: Self Con- cept	K 00124	279	Hopelessness	Keputusasaan			
26				K 00174	280	Risk For Com- promised Hu- man Dignity	Risiko Pelemahan Martabat			
27				K 00054	281	Risk For Loneli- ness	Risiko Kesepian			
28				K 00121	282	Disturbed Per- sonal Identity	Gangguan Identi- tas Diri			
29				K 00225	283	Risk For Dis- turbed Personal Identity	Risiko Gangguan Identitas Diri			
30				K 00167	284	Readiness For Enhanced Self Concept	Kesiapan Pening- katan Konsep Diri			
31				Class 2: Self Es- teem	K 00119	285	Chronic Low Self Esteem	Harga Diri Ren- dah Kronik		
32			K 00120		287	Situational Low Self Esteem	Harga Diri Ren- dah Situasional			
33			K 00224		288	Risk For Chronic Low Self Esteem	Risiko Harga Diri Rendah Kronik			
34			K 00153		290	Risk For Situ- ational Low self Esteem	Risiko Harga Diri Rendah Situa- sional			
35			Class 3: Body Im- age	K 00118	291	Disturbed Body Image	Gangguan Citra Tubuh			
36				5.	Domain 7: Role Relation- ships	Class 1: Caregiving Roles	K 00061	298	Caregiver Roles Strain	Ketegangan Peran Pemberi Asuhan
37							K 00062	301	Risk For Care- giver Roles Strain	Risiko Keteگان- gan Peran Pem- beri Asuhan
38					Class 2: Family Re- lationship	K 00063	308	Dysfunctional Family Pro- cesses	Disfungsi Proses Keluarga	

39			Class 3: Role Per- formance	K 00223	313	Ineffective Re- lationship	Ketidakefektifan Hubungan
40				K 00229	316	Risk For Inef- fective Rela- tionship	Risiko Ketidake- fektifan Hubungan
41				K 00064	317	Parental Role Conflict	Konflik Peran Orang Tua
42				K 00055	318	Ineffective Role Performance	Ketidakefektifan Performa Peran
43				K 00052	320	Impaired Sosial Interaction	Hambatan Inter- aksi Sosial
44	6.	Domain 9: Cop- ing/Stress Tolerance	Class 1: Post- Trauma Responses	K 00141	335	Post-Trauma Syndrome	Sindrom Pasca- trauma
45				K 00145	336	Risk For Post- Trauma Syn- drome	Risiko Sindrom Pascatrauma
46				K 00142	337	Rape-Trauma Syndrome	Sindrom Trauma Perkosaan
47				K 00114	338	Relocation Stress Syn- drome	Sindrom Stres Akibat Perpini- dahan
48				K 00149	339	Risk For Relo- cation Stress Syndrome	Risiko Sindrom Stres Akibat Per- pindahan
49			Coping Re- sponses	K 00199	340	Ineffective Ac- tivity Planning	Ketidakefektifan Perencanaan Aktivitas
50				K 00226	342	Risk For Inef- fective Activity Planning	Risiko Ketidake- fektifan Perenca- naan
51				K 00146	344	Anxiety	Ansietas
52				K 00071	346	Defensive Cop- ing	Koping Defensif
53				K 00069	348	Ineffective Coping	Ketidakefektifan Koping

54				K 00158	349	Readiness For Enhanced Coping	Kesiapan Peningkatan Koping
55				K 00147	356	Death Anxiety	Ansietas Kematian
56				K 00072	358	Ineffective Denial	Ketidakefektifan Penyangkalan
57				K 00101	360	Adult Failure To Thrive	Gagal Bertumbuh Dewasa
58				K 00148	361	Fear	Ketakutan
59				K 00136	363	Grieving	Dukacita
60				K 00135	365	Complicated Grieving	Dukacita Terganggu
61				K 00172	367	Risk For Complicated Grieving	Risiko Dukacita Terganggu
62				K 00125	370	Powerlessness	Ketidakterdayaan
63				K 00152	372	Risk For Powerlessness	Risiko Ketidakterdayaan
64				K 00210	374	Impaired Individual Resilience	Gangguan Penyesuaian Individu
65				K 00212	376	Readiness For Enhanced Resilience	Kesiapan Peningkatan Penyesuaian
66				K 00211	378	Risk For Compromised Resilience	Risiko Gangguan Penyesuaian
67				K 00137	379	Chronic Sorrow	Kepedihan Kronis
68				K 00177	380	Stress Overload	Stres Berlebihan
69	7.	Domain 10: Life Principles	Class 1: Values	K 00185	393	Readiness For Enhanced Hope	Kesiapan Peningkatan Harapan
70			Class 2: Beliefs	K 00068	394	Readiness For Enhanced Spiritual Well-Being	Kesiapan Peningkatan Kesejahteraan Spiritual

71			Class 3: Values/Beliefs/Action Congruence	K 00184	395	Readiness For Enhanced Decision-Making	Kesiapan Peningkatan Pengambilan Keputusan
72				K 00083	396	Decisional Conflict	Konflik Pengambilan Keputusan
73				K 00175	398	Moral Distress	Distres Moral
74				K 00079	400	Noncompliance	Ketidakpatuhan
75				K 00169	402	Impaired Religiosity	Hambatan Religiositas
76				K 00171	405	Readiness For Enhanced Religiosity	Kesiapan Peningkatan Religiositas
77				K 00170	407	Risk For Impaired Religiosity	Risiko Hambatan Religiositas
78				K 00066	410	Spiritual Distress	Distres Spiritual
79				K 00067	412	Risk For Spiritual Distress	Risiko Distres Spiritual
80	8.	Domain 11: Safety/Protection	Class 3: Violence	K 00138	447	Risk For Other-Directed Violence	Risiko Perilaku Kekerasan Terhadap Orang Lain
81				K 00140	448	Risk For Self-Directed Violence	Risiko Perilaku Kekerasan Terhadap Diri Sendiri
82				K 00151	449	Self-Mutilation	Mutilasi Diri
83				K 00139	451	Risk For Self-Mutilation	Risiko Mutilasi Diri
84				K 00150	452	Risk For Suicide	Risiko Bunuh Diri
85	9.	Domain 12: Comfort	Class 3: Social Comfort	K 00053	480	Social Isolation	Isolasi Sosial

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMULIR PENGKAJIAN

Tanggal masuk RS	:	Tanggal dimana hari pertama pasien di rawat di rumah sakit
Ruangan dirawat	:	Bangsang tempat pasien terakhir di rawat
No Rekam Medik	:	Nomer pasien berdasarkan No urut masuk rumah sakit
Tanggal Pengkajian	:	Tanggal perawat melakukan pengkajian data, pengkajian dilakukan pada waktu perawat menjumpai pasien untuk pertama kali
Informan	:	Pasien, status rekam medik, keluarga, perawat maupun dokter yang merawat

A. Identitas

Identitas pasien :

1. Nama	:	Nama pasien
2. Umur	:	Umur dihitung sejak pasien dilahirkan
3. Jenis kelamin	:	Laki-laki/perempuan
4. Alamat	:	Tempat tinggal atau domisili pasien yang terakhir
5. Pekerjaan	:	Jenis pekerjaan terakhir yang dilakukan oleh pasien dan menghasilkan uang atau pendapatan
6. Pendidikan	:	Jenjang pendidikan terakhir yang dicapai oleh pasien (misalnya :lulus SMA)
7. Suku Bangsa	:	Suku Bangsa pasien (jawa, sunda, batak dll)

B. Alasan Masuk

1. Apa yang menyebabkan klien di bawa oleh keluarga ke rumah sakit untuk saat ini ?
 2. Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga untuk mengatasi masalah tersebut ?
 3. Bagaimanakah hasilnya?
- (Alasan masuk ditulis singkat tapi jelas, dipilih yang menurut keluarga paling menyebabkan membawa keluarganya opname

di rumah sakit, misalnya karena mengamuk, banyak diam, mudah tersinggung)

4. Tulis diagnose medis multiaxial.

C. Riwayat Kesehatan Sekarang

Dikaji kondisi saat masuk pertama kali di UGD (tanggal masuk, jam masuk, penyebab masuk, tanda gejala di rumah, obat yang diterima, dx kep), dipindah di ruang akut (berapa lama dirawat di ruang tersebut, obat, dx kep), data di ruang maintenance (lama dirawat, dx kep, obat), keadaan saat ini (data saat ketemu dengan pasien, hari perawatan, dx kep, obat yang diterima).

D. Faktor Presipitasi

Faktor pencetus (penyebab langsung pasien dibawa ke rumah sakit). Bisa biologis (gangguan otak, putus obat), psikologis (perasaan terhadap stressor), social (stressor di luar individu: pendidikan, ekonomi, pekerjaan, keluarga).

E. Faktor Predisposisi

Faktor yang mendukung terjadinya masalah meliputi biologi, psikologi dan social.

Biologi: apakah ada riwayat kejang, riwayat trauma kepala, riwayat menderita sakit panas yang tinggi pada masa tumbang ? Terjadi waktu umur berapa?

Psikologis: pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialami pasien selama fase perkembangan (kegagalan, kehilangan, perpisahan, kematian, trauma selama tumbang,) yang pernah klien alami.

F. Riwayat Kesehatan Sebelumnya

1. Apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu?
2. Bila Ya, bagaimana hasil dari pengobatan sebelumnya ?
 - *Berhasil* : Pasien dapat beradaptasi di masyarakat tanpa adanya gejala-gejala gangguan jiwa
 - *Kurang berhasil* : Pasien dapat beradaptasi di

masyarakat tetapi masih ada gejala-gejala gangguan jiwa

- *Tidak berhasil* : Tidak ada kemajuan atau gejala-gejala bertambah atau menetap

Pasien opname atau kambuh yang ke berapa kali ? Apakah ada riwayat putus obat ?

G. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tanyakan riwayat kesehatan keluarga, riwayat gangguan jiwa keluarga, genogram (3 generasi). Apakah ada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa, apabila ada bagaimana hubungan dengan pasien dan anggota keluarga yang lain? Bagaimana riwayat pengobatannya ?

H. Penilaian Terhadap Stresor

Dikaji respon kognitif klien terhadap stressor (penilaian klien berdasarkan pengetahuan yang dimiliki tentang masalah gangguan jiwa yang dialami misalnya pengetahuan klien tentang halusinasi, waham dll yang dialaminya), respon afektif (respon klien yang ditampakkan lewat afek), respon fisiologis (respon klien secara fisiologis misalnya: gangguan tidur, makan, seksual, dll), respon perilaku (respon yang ditampakkan dengan adanya perubahan perilaku yang menggambarkan masalah yang dialami klien misalnya: bicara sendiri, tertawa sendiri) dan respon sosial terhadap stressor (respon yang ditampakkan adanya perubahan interaksi sosial misalnya: tidak mau keluar kamar, tidak mau berkomunikasi dengan orang lain)

I. Sumber Koping

Dikaji 4 hal yaitu: kemampuan personal terhadap masalah yang ditemukan, asset material (sumber dana dan sumber daya manusia yang mendukung pengobatan pasien: dana, jaminan kesehatan, orang yang mengantar berobat), sumber dukungan keluarga dan masyarakat (perhatian keluarga, kepedulian masyarakat), keyakinan positif terhadap pengobatan (merasa yakin bisa sembuh setelah dibawa ke rumah sakit)

J. Mekanisme Koping

Data dari hasil wawancara :

- a. Melalui koping adaptif sampai dengan maladaptif
Ketika menghadapi masalah, tekanan dan peristiwa traumatik yang hebat, apa yang dilakukan pasien dalam menyelesaikan masalah tersebut : Cerita dengan orang lain (asertif), diam (represi/supresi), menyalahkan orang lain (sublimasi), mengamuk/merusak alat-alat rumah tangga (displacement), Mengalihkan kekegiatan yang bermanfaat (konversi), memberikan alasan yang logis (Rasionalisasi). mundur ke SPperkembangan sebelumnya (Regresi), Dialihkan ke objek lain seperti memarahi televisi, memarahi tanaman atau memarahi binatang (proyeksi).
- b. Sumber Mekanisme koping: sumber dukungan dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan.

K. Fisik

1. Ukur tanda-tanda vital
2. Ukur BB dan TB
3. Tanyakan apakah berat badannya naik atau turun ?
4. Tanyakan adanya keluhan fisik baik pada pasien maupun keluarganya
5. Lakukan pemeriksaan fisik dari kepala sampai ujung kaki ?
6. Bila dijumpai adanya temuan abnormal pada pemeriksaan fisik, maka dilanjutkan dengan pengkajian tiap sistem.
7. Tanyakan riwayat pengobatan penyakit fisik yang pernah atau sedang dijalani oleh pasien pada keluarga ?

L. Psikososial

1. Genogram
 - a. Genogram dibuat 3 generasi
 - b. Gambarkan adanya riwayat perceraian
 - c. Gambarkan adanya anggota keluarga yang meninggal dan penyebab meninggal
 - d. Gambarkan pasien tinggal dengan siapa ?
 - e. Bagaimana pola komunikasi antar anggota keluarga

- yang dilakukan dalam keluarga ?
- f. Pengambilan keputusan dalam keluarga oleh siapa
 - g. Tanyakan bagaimana pola asuh orang tua terhadap anak terutama pada pasien ?
 - h. Genogram mencakup situasi lingkungan rumah (Posisi kamar tidur pasien dengan anggota keluarga yang lain)
2. Konsep diri
- a. Gambaran diri atau citra tubuh
 - o Bagaimanakan persepsi pasien terhadap bentuk dan fungsi tubuhnya ?
 - o Menurut pasien, apakah ada bagian dari tubuh pasien yang tidak atau kurang disukai oleh pasien ?
 - o Menurut pasien, apakah ada bagian dari tubuh pasien yang mengalami kehilangan atau penurunan fungsi ?
 - o Bila tidak ada bagian tubuh yang bentuk tidak disukai dan fungsinya tidak menurun, apakah pasien mampu menerima keadaan fisiknya tersebut ?
 - o Jika ada bagian tubuh yang bentuknya tidak disukai dan fungsinya menurun, bagaimana perasaan pasien terkait dengan perubahan tersebut, apakah sampai mempengaruhi dalam berhubungan sosial dengan orang lain ?
 - b. Identitas diri
 - o Berisi status dan posisi pasien sebelum dirawat
 - o Bagaimana kepuasan pasien terhadap sekolahnya, tempat kerjanya dan kelompoknya ?
 - o Tanyakan jenis kelamin pasien, apakah merasa puas dengan jenis kelaminnya dan apakah perilakunya sesuai dengan jenis kelaminnya
 - o Tanyakan pada pasien bagaimana kepuasannya terhadap sekolah, pekerjaan dan kelompoknya serta jenis kelaminnya Apakah mempengaruhi hubungan sosial dengan orang lain ?
 - o Bila pasien puas dengan posisinya dalam sekolah, pekerjaan, kelompok dan jenis kelaminnya, apakah

pasien mampu menerima keadaan tersebut?

- c. Peran diri
 - o Peran terkait dengan tugas dan peran pasien sebagai individu, anggota keluarga, anggota kelompok dan anggota masyarakat
 - o Apakah pasien dalam menjalankan perannya dari segi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat ?
 - o Sebagai individu sekarang usianya berapa (sesuai SPberkembangan) pasien dapat menjalankan perannya atau tidak. Misalnya pasien berusia 35 tahun termasuk usia dewasa, sudah bekerja atau menikah atau belum, jika belum apakah kondisi ini mempengaruhi hubungannya dengan orang lain ?
 - o Sebagai anggota keluarganya, apakah sudah menikah atau belum, jika belum apakah pasien dapat membantu pekerjaan orang tua di rumah ?. Misalnya sebagai seorang laki-laki : apabila sudah apakah ada hambatan menjalankan peran sebagai ayah, sebagai suami, sebagai pencari nafkah ?. Jika ada hambatan dalam menjalankan peran sebagai anggota keluarga apa sampai mengganggu hubungan dengan orang lain ?
 - o Sebagai anggota masyarakat, apakah pasien dapat mengikuti kegiatan kemasyarakatan yang ada di masyarakat (misalnya gotong royong, pengajian, arisan) ?, jika tidak dapat mengikuti kegiatan-kegiatan tersebut, apakah mempengaruhi hubungannya dengan orang lain ?
- d. Ideal diri
 - o Bagaimanakah harapan pasien tentang tubuh, posisi, status, tugas dan fungsi ?
 - o *Bagaimanakah harapan pasien terkait dengan sekolahnya, pekerjaannya, keluarganya* , terhadap penyakitnya dan terhadap cita-citanya?
 - o Apabila pasien tidak mampu mencapai harapannya tersebut, apa yang dirasakan ?

- e. Harga diri
 - o Bagaimana hubungan pasien dengan orang lain terkait kondisi gambaran diri, identitas diri, peran , ideal diri
 - o Bagaimana pandangan pasien tentang penilaian atau penghargaan orang lain terhadap dirinya dan kehidupannya.

Pengkajian konsep diri tidak dapat dilakukan pada pasien yang masih agitasi/gaduh gelisah, bicaranya kacau, ada gangguan memori, pasien yang autistik dan mutisme

3. Hubungan sosial

a. Di rumah

Ketika di rumah, tanyakan orang yang paling dekat dengan pasien, misalnya sebagai tempat mengadu, tempat berbicara, tempat minta bantuan ? dikaji:

Pengambilan keputusan dalam rumah , Pola komunikasi antar anggota keluarga, Pola asuh yang diterapkan dalam keluarga, Sumber pembiayaan / ekonomi keluarga, Posisi kamar tidur pasien dengan ruang lain (ruang tamu, ruang keluarga, ruang makan dan ruang tidur anggota keluarga yang lain).

b. Di rumah sakit

Ketika di rumah sakit , tanyakan orang yang paling dekat dengan pasien, misalnya sebagai tempat mengadu, tempat berbicara, tempat minta bantuan ?

c. Tanyakan kegiatan kelompok apa saja yang diikuti pasien dalam masyarakat ?

d. Tanyakan kegiatan kelompok apa saja yang diikuti pasien di rumah sakit ?

e. Apakah ada ketergantungan pasien terhadap seseorang atau orang lain yang mempengaruhi hubungan pasien dengan kelompok dan masyarakat

Pengkajian hubungan sosial tidak dapat dilakukan pada pasien yang masih agitasi/gaduh gelisah, bicaranya kacau, ada gangguan memori, pasien

yang autistik dan mutisme

4. Spiritual
 - a. Nilai dan keyakinan: Tanyakan pandangan dan keyakinan pasien tentang gangguan jiwa sesuai dengan budaya dan agama yang dianut ?. Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa ?
 - b. Kegiatan ibadah : Tanyakan kegiatan ibadah yang diikuti secara individu atau kelompok, misalnya berdoa, sholat, kebaktian dll ?
 - c. Tanyakan kepada pasien dan keluarga pandangannya tentang kegiatan ibadah ?

Pengkajian spiritual tidak dapat dilakukan pada pasien yang masih agitasi/gaduh gelisah, bicaranya kacau, ada gangguan memori, pasien yang autistik dan mutisme dan daya tiliknya jelek

M. Pengkajian Status Mental

1. Penampilan
Penampilan fisik : kondisi Rambut, kuku, kulit, gigi, cara berpakaian
2. Pembicaraan
 - a. Pembicaraan pasien apakah : cepat, keras, gagap, membisu, apatis atau lambat ?
 - b. Berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat yang lain tetapi tidak ada kaitan dan sulit dipahami (inkoheren) atau bicara kacau
 - c. Tidak dapat memulai pembicaraan
3. Aktivitas motorik
 - b. Lesu, pasif (hipomotorik), segala aktivitas sehari-hari dengan bantuan perawat atau orang lain
 - c. Tegang, gelisah, tidak bisa tenang (hipermotorik)
 - d. TIK (gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol)
 - e. Agitasi (kegelisahan motorik, mondar-mandir)
 - f. Grimasen (gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol pasien)

- g. Tremor (Jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menjulurkan tangannya dan menrentangkan jari-jari)
 - h. Kompulsif (kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan)
4. Alam perasaan
- Data ini didapatkan melalui hasil wawancara dengan pasien meliputi adanya perasaan : sedih, putus asa, gembira, khawatir, takut (hasil wawancara divalidasi dengan hasil observasi, apakah disforia, efori)
- Ditanyakan bukan dilihat.**
5. Afek
- a. Data afek didapatkan dari respon pasien selama wawancara bukan didapatkan dari status pasien
 - b. Jenis afek
 - ~ Apprópíate (tepat)
 - ~ Inapropiate (tidak tepat)
 - Datar (saat dilakukan wawancara pasien tidak menunjukkan perubahan roman muka atau ekpresi wajah, juga saat diberikan stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan)
 - Tumpul (Pasien hanya mau bereaksi atau memberi respon jika diberikan stimulus yang kuat, misalnya ditepuk atau diberikan pertanyaan dengan intonasi yang keras)
 - Labil (Emosi pasien yang cepat berubah)
 - Tidak sesuai (emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada, misalnya ketika diajak berbicara hal-hal yang sedih, pasien malah tertawa terbahak-bahak)
6. Interaksi selama wawancara
- b. Interaksi selama wawancara apakah bermusuhan, tidak kooperatif atau mudah tersinggung
 - c. Kontak mata selama wawancara (tidak ada kontak mata, mudah beralih dan dapat mempertahankan kontak mata)

- d. Defensif (selama wawancara pasien selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenarannya dirinya)
- e. Curiga (selama wawancara menunjukkan sikap perasaan tidak percaya pada orang lain)

Dikaji selama proses wawancara dengan perawat

- 7. Persepsi
 - a. Kaji adanya pengalaman pasien tentang halusinasi dan ilusi
 - b. Bila pasien mengalami halusinasi, tanyakan jenis halusinasinya, isi halusinasinya, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi muncul, respon atau perasaan selama halusinasi muncul, tindakan yang sudah dilakukan pasien untuk mengontrol atau menghilangkan halusinasi serta keberhasilan dari tindakan tersebut
- 8. Proses pikir

Data diperoleh melalui observasi selama wawancara dengan pasien

 - a. Sirkumtansial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan
 - b. Tangensial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan yang diinginkan perawat
 - c. Kehilangan asosiasi : pembicaraan tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya dan pasien tidak menyadarinya
 - d. Flight of ideas : pembicaraan yang meloncat dari satu topic ke topic lainnya tetapi masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan, akan tetapi perawat dapat memahami kalimat yang diucapkan oleh pasien
 - e. Blocking : pembicaraan yang terhenti secara tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dapat melanjutkan pembicaraan lagi
 - f. Reeming : pembicaraan yang secara perlahan intonasinya menurun dan kemudian berhenti dan pasien tidak sanggup melanjutkan pembicaraan lagi

(misalnya pada pasien depresi)

- g. Perseverasi : pembicaraan yang diulang berkali-kali
9. Isi pikir
- b. Dapat diketahui dari wawancara dengan pasien
 - c. Obsesi : pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha menghilangkannya
 - d. Phobia : ketakutan yang pathologis/tidak logis terhadap objek/situasi tertentu, misalnya takut ditempat keramaian, takut gelap, takut darah dan sebagainya
 - e. Ide terkait : keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungannya yang bermakna dan terkait dengan dirinya
 - f. Depersonalisasi : perasaan pasien yang asing terhadap dirinya sendiri, orang atau lingkungannya
- g. Waham :
- § Agama : keyakinan pasien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan, kadang perilaku sudah sesuai dengan isi wahamnya
 - § Somatik : pasien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dikatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan
 - § Kebesaran : pasien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya yang berlebihan dan dikatakan dan ditampilkan dalam bentuk perilaku secara berulang yang kenyataan, misalnya mengaku sebagai nabi, kyai, tentara, dokter, orang yang paling pandai, kaya
 - § Curiga : pasien mempunyai keyakinan bahwa seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan. Pasien menolak makan makanan yang disajikan karena merasa ada racunnya.
 - § Nihilistik : pasien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia atau sudah meninggal yang dinyatakan

secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya mengatakan dirinya adalah mayat dan sudah meninggal, perilaku kadang sudah mengikuti isi wahamnya yaitu tidak mau melakukan aktivitas sehari-hari termasuk mandi dan makan.

§ Hipokondria : Keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuhnya yang sebenarnya tidak ada, misalnya merasa menderita penyakit tertentu

§ Magik mistik : keyakinan klien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil. diluarkemampuannya, misalnya bisa menghidupkan orang yang mati, menyembuhkan penyakit, bisa menenun atau menyantet orang (mengguna-guna orang)

h. Waham yang bizar :

§ Sisip pikir : Pasien yakin ada ide pikiran orang lain yang disisipkan di dalam pikirannya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan, pasien kadang tampak bicaranya kacau, flight of ideas dan sering juga ide atau gagasan menyerang orang lain, merusak lingkungan dan melakukan upaya bunuh diri

§ Siar pikir : pasien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun dia tidak menyatakan kepada orang tersebut yang dinyatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan. Biasanya pasien menjadi defensif, menolak interaksi atau wawancara dengan perawat, karena merasa perawat sudah tahu apa yang pasien pikirkan.

§ Kontrol pikir: pasien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar, misalnya pasien melakukan percobaan bunuh diri karena ada yang menyuruh bunuh diri atau ingin membunuh orang lain karena merasa ada orang lain yang memerintahkan untuk membunuh.

10. Tingkat kesadaran dan orientasi

Data tingkat kesadaran diperoleh selama pasien menjalani wawancara dengan perawat.

a. Kesadaran pasien :

§ Bingung : tampak bingung dan kacau

§ Sedasi : mengatakan merasa melayang-layang antara sadar dengan tidak sadar

§ Stupor : gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan –gerakan yang diulang, anggota tubuh klien dapat diletakkan dalam sikap canggung dan dipertahankan klien, tetapi klien mengerti semua yang terjadi di lingkungannya

b. Orientasi pasien terhadap waktu, tempat dan orang diperoleh melalui wawancara

11. Memori

Data diperoleh melalui wawancara

a. Gangguan daya ingat jangka panjang: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan

b. Gangguan daya ingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir

c. Gangguan daya ingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi

d. Konfabulasi: pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Data diperoleh selama wawancara

a. Mudah dialihkan: perhatian pasien mudah berganti dari satu objek ke objek yang lain

b. Tidak mampu berkomunikasi: pasien selalu minta agar pertanyaan diulang/tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan

c. Tidak mampu berhitung: tidak dapat melakukan penambahan/pengurangan pada benda-benda yang nyata

13. Kemampuan penilaian

- b. Gangguan kemampuan penilaian ringan : dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain, misalnya beri kesempatan pasien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi dan jika diberikan penjelasan pasien dapat mengambil keputusan, misalnya memakai baju kancingnya tidak terpasang, diberikan penjelasan, pasien baru membetulkan kancing bajunya
- c. Gangguan kemampuan penilaian bermakna, Tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. Misalnya ketika diberikan penjelasan mau makan dulu atau mandi dulu pasien tetap tidak dapat memilih atau mengambil keputusan : pada pasien akut, sering tampak klien telanjang, tidak mau mandi dan menolak makan

14. Daya tilik diri

Data diperoleh dari hasil wawancara

- a. Tanyakan saat ini berada dimana ?
- b. Mengapa pasien berada di rumah sakit jiwa?
- c. Klien biasanya tidak menyadari dirinya di rumah sakit, tidak menyadari penyakitnya atau menyalahkan orang lain karena telah membawa dirinya di rumah sakit jiwa
- d. Tidak tahu tujuan di berada di rumah sakit jiwa
- e. Menuduh orang tua atau perawat yang sakit jiwa dan dirawat

N. Kebutuhan persiapan pulang

- 5. Makan : Kemampuan dalam menyiapkan makanan, makan dan membersihkan alat-alat makanan, kemampuan pasien dalam menempatkan alat makan dan minum (mandiri, dengan bantuan minimal atau bantuan total)
- 6. BAK/BAB : Kemampuan pasien dalam mengotrol untuk BAB/BAK ditempatnya yang sesuai serta membersihkan WC, membersihkan diri dan merapikan pakaian (mandiri, dengan bantuan minimal atau bantuan total)

7. Mandi : Kemampuan pasien dalam mandi, sikat gigi, cuci rambut gunting kuku, cukur rambut dan jenggot (mandiri, dengan bantuan minimal atau bantuan total)
8. Berpakaian : Kemampuan mengambil, memilih, memakai pakaian dan frekuensi ganti pakaian (mandiri, dengan bantuan minimal atau bantuan total)
9. Istirahat dan tidur : Kemampuan untuk tidur, adanya gangguan tidur dengan bantuan obat atau tidak. Kemampuan pasien dalam menempatkan waktu istirahat, Termasuk merapikan sprei, selimut, bantal (mandiri, dengan bantuan minimal atau bantuan total)
10. Penggunaan obat : Penggunaan obat (frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara pemberian diawasi dan dibimbing perawat atau tidak)
11. Pemeliharaan kesehatan : fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk perawatan lanjutan setelah pulang
12. Aktivitas di dalam rumah : merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur kebutuhan biaya sehari-hari (mandiri, dengan bantuan minimal atau bantuan total)
13. Aktivitas di luar rumah : belanja keperluan sehari-hari, pergi keluar rumah menggunakan kendaraan atau jalan kaki (mandiri, dengan bantuan minimal atau bantuan total)

O. Pengetahuan

- § Pemahaman pasien tentang penyakit, tanda dan gejala kekambuhan, obat yang diminum, dan cara menghindari kekambuhan.
- § Pemahaman pasien tentang kesembuhan (sembuh sosial), misalnya pasien mampu melakukan ADLs secara mandiri, mampu berhubungan sosial, mampu menggunakan waktu luang untuk kegiatan yang positif dan mampu mengendalikan emosi
- § Pemahaman tentang sumber coping yang adaptif
- § Pemahaman tentang manajemen hidup sehat

P. Pemeriksaan Penunjang

(Sesuai hasil pemeriksaan yang dilakukan)

Q. Terapi Medis

(Sesuai yang ditentukan oleh dokter)

R. Penentuan Kategori Pasien

(dihitung berdasarkan variabel dalam tabel kategori pasien jiwa)

TABEL
PENILAIAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

Faktor Kunci	Resiko Tinggi (1:1)	Resiko Sedang (Observasi tiap 15')	Resiko Rendah
Riwayat Kekerasan	Sekali melakukan kekerasan yg mencederai orang lain selama dalam perawatan ATAU kekerasan & pencederaan berulang-ulang di luar Rs 2	Merusak barang tanpa mencederai orang lain selama di rawat ATAU Sekali melakukan pencederaan kpd orang lain di luar RS ATAU Kekerasan berulang di RS tanpa menimbulkan cidera 1	Kekerasan hanya jika menggunakan obat atau alcohol ATAU Merusak barang di luar RS ATAU Tidak ada riwayat kekerasan 0
Riwayat Agresi terakhir	Ancaman fisik saat dirujuk / datang 2	Mengancam secara verbal saat dirujuk / datang 1	Tidak mengancam saat dirujuk atau saat datang 0
Riwayat Agresi di keluarga	Korban atau pelaku kekerasan fisik atau seksual 2	Saksi kekerasan fisik atau seksual 1	Saksi atau korban agresi verbal ATAU Tak ada riwayat agresi dlm keluarga 0
Status Penyalahgunaan Zat	Sedang didetek kecanduan alcohol atau obat-obatan ATAU Sedang dlm pengaruh obat atau alcohol 2	Penyalahgunaan alcohol atau zat yg tdk mengalami gejala withdrawal 1	Rehabilitan penyalahguna ATAU Tak ada riwayat penyalahgunaan alcohol atau Zat ATAU 3 bln terakhir menyalahgunakan alcohol & zat tanpa rehabilitasi 0

Paranoia / Bermusuhan	Curiga & memusuhi orang di ruangan 2	Curiga & memusuhi orang yg jauh (Inaccessible) 1	Tdk curiga Tdk Bermusuhan 0
Impulsivitas	Impulsif fisik 2	Impulsif verbal ATAU Riwayat impulsive intermiten 1	Tidak impulsive 0
Agitasi	Agitasi psikomotor dgn tekanan konstan aktivitas fisik 2	Agitasi psikomotor dgn hiperaktifitas intermiten 1	Tdk ada agitasi psikomotor 0
Sensorium	Disorientasi dgn gg memori 2	Orientasi baik dgn gg memori 1	Orientasi baik & memori baik 0

Makna skore : 9 atau lebih = Resiko tinggi Total skore :

3-8= Resiko sedang Dikaji oleh :

0-2= Tidak beresiko Tgl/Jam :

Deskripsi : Alat ini dipergunakan jika klien :

- Memiliki riwayat perilaku kekerasan (PK)
- Sedang mengancam kekerasan
- Memiliki ancaman PK ketika dirujuk

Petunjuk :

- Kaji masing-masing factor kunci
- Bila klien memenuhi lebih dari satu diskripsi maka pilih yang paling menggambarkan kondisi klien.
- Tambahkan masing-masing pont untuk mendapatkan total skore.

TABEL
PENILAIAN RESIKO BUNUH DIRI

Faktor Kunci	Resiko Tinggi (1:1)	Resiko Sedang (Observasi tiap 15')	Resiko Rendah
Kontrak keamanan	Tdk mau kontrak ATAU tdk mampu kontrak krn halsi, waham, demensia, delirium, disosiasi	Kontrak tapi ragu-ragu	Benar-benar mau kontrak keamanan
Rencana Bunuh Diri	Memiliki rencana dgn akses actual atau potensial thd cara yang direncanakan	Punya rencana ttp tak ada akses thd cara yg direncanakan	Tak berencana
Lethalitas Rencana	Rencana dgn lethalitas tinggi (membak diri, menggantung, terjun)	Rencana dgn lethalitas sedang (pil tidur, overdosis aspirin, barbiturate)	Lethalitas rencana rendah (mencakar superficial, membenturkan kepala, bantal di atas wajah, menggigit, menahan nafas)
Resiko Lari	Resiko lari tinggi	Resiko lari rendah	Tak ada resiko lari
Ide Bunuh Diri	Pikiran bunuh diri terus menerus	Kadang berpikir bunuh diri	Tak ada pikiran bunuh diri
Riwayat Percobaan	Pernah mencoba dgn lethalitas tinggi	Pernah mencoba cara dgn lethalitas rendah	Tidak ada percobaan sebelumnya
Gejala-gejala : – Hopeles – Helples – Anhedoni – Guilt/Shame – Anger/hostility – Impulsivity – Impaired problem solving	Ada 5-6 gejala	3-4 gejala	0-2 gejala

Pikiran-pikiran sakit yg ada (membayangkan bertemu dg org mati, asyik dgn kematian, dig mimpi buruk)	Konstan	Sering	Jarang
--	---------	--------	--------

Skor : - Resiko tinggi (1:1) : ≥ 10
- Resiko sedang (obs 15') : 4-9
- Tak beresiko : 0-3

Tabel: Alat Pengkajian Resiko Perilaku Kekerasan dan Bunuh Diri (Courtesy of Psychiatric Nursing, Institute of pschyuatric, Medical University of South Carolina). Stuart & Laraia. 1998.

TABEL
PENENTUAN KATEGORI PASIEN JIWA

Skreening awal: Ada keinginan/ ide bunuh diri/ide pulang paksa (berdasarkan keinginan pasien sendiri bukan perintah halusinasi)

→ Ya/ Tidak*

Jika iya maka pasien langsung masuk kategori krisis.

VARIABEL		SKOR	SKOR	SKOR	SKOR
Mencederai diri/ orang lain*		Tidak ada (0)	Resiko kecil (16)	Resiko besar (34)	Aktual (50)
Komunikasi		Ada respon + sesuai, lancar (0)	Ada respon + sesuai, tidak lancar (14)	Ada respon, tidak sesuai (26)	Tdk ada respon/ pasien tidak mampu menja- wab/tidak sadar (40)
Interaksi sosial**		Bersedia melakukan interaksi/ter- libat dngan kelompok besar (0)	Bersedia inte- raksi dengan lebih dari satu orang (5)	Bersedia interak- si dengan hanya satu orang (10)	Tidak bersedia interaksi/me- matung/diam/ menyendiri tanpa aktifitas/aktifitas tidak bertujuan (15)
ADL ***	Makan	Mandiri (0)	Mandiri perlu pengawasan (3)	Dengan bantuan (7)	Menolak (10)
	Mandi	Mandiri (0)	Mandiri perlu pengawasan (3)	Dengan bantuan (7)	Menolak (10)
	Berpaka- ian	Mandiri (0)	Mandiri perlu pengawasan (3)	Dengan bantuan (7)	Menolak (10)
Tidur/Istirahat ****		Tenang (0)	Bisa tidur tapi kadang perlu intervensi (3)	Tidak dapat tidur nyenyak dan kadang perlu intervensi (7)	Gangguan tidur kronis (10)
Pengobatan oral/ injeksi *****		Aktif berpar- tisipasi (0)	Partisipasi de- ngan intervensi satu-satu (3)	Bersedia dengan intervensi lebih dari satu tenaga kesehatan (7)	Menolak (10)

Aktivitas terjadwal	Makan	Mengikuti/mandiri (0)	Mengikuti dengan pengawasan minimal (3)	Aktivitas terjadwal dengan bantuan (7)	Tidak dapat mengikuti aktivitas terjadwal (10)
	Mandi	Mengikuti/mandiri (0)	Mengikuti dengan pengawasan minimal (3)	Aktivitas terjadwal dengan bantuan (7)	Tidak dapat mengikuti aktivitas terjadwal (10)
	Berpakaian	Mengikuti/mandiri (0)	Mengikuti dengan pengawasan minimal (3)	Aktivitas terjadwal dengan bantuan (7)	Tidak dapat mengikuti aktivitas terjadwal (10)

Dari hasil observasi dapat disimpulkan bahwa klien :

- a. Kategori I : skor 0 – 30 : Health Promotion
- b. Kategori II : skor 31 – 59 : Maintenance
- c. Kategori III : skor 60 – 119 : Acut
- d. Kategori IV : skor 120 – 200 : Crisis

Tahap Penanganan	Krisis	Akut	Maintenance	Health Promotion
Fokus pengkajian	Faktor Resiko	Gejala dan Respon koping	Status fungsi	Kualitas hidup dan kesejahteraan
Tujuan Penanganan	Stabilisasi	Remisi	Pemulihan	Tingkat kesejahteraan optimal
Penatalaksanaan	Manajemen krisis	Pengobatan Modeling Penkes	Reinsforcement Dukungan	Inspirasi Validasi
Evaluasi	Tidak membahayakan	Gejala hilang	Perbaikan fungsi	Mencapai kualitas hidup optimal

Keterangan:

* Skor ini juga berlaku untuk pasien yang mempunyai resiko cedera tinggi karena kondisi fisiologisnya,

1. Skor 0 = secara fisik tidak mampu mencederai diri/ orang lain/ tidak memungkinkan adanya resiko cedera
2. Skor 16 = ada keinginan tapi pasien tahu konsekuensinya dan tidak mau melakukan
3. Halusinasi tingkat I: halusinasi secara umum adalah suatu yang menyenangkan, datangnya halusinasi biasanya saat individu sendiri
4. Halusinasi tingkat II: halusinasi secara umum menjijikan, mencemooh, mencela, mengutuk atau menyalahkan
5. Halusinasi tingkat III: halusinasi sudah mulai member perintah, isi halusinasi mungkin sangat menarik bagi individu dan individu merasa kesepian bila halusinasi tidak ada, kemungkinan bisa muncul rasa takut
6. Halusinasi tingkat IV: halusinasi mungkin mengancam individu jika individu tidak mengikuti perintah halusinasi
7. Skor 34 = ada keinginan tapi pasien belum melakukan karena tidak punya kesempatan atau pasien yang punya resiko cedera karena kondisi fisiknya misalnya arena penglihatan tidak jelas, demensia delirium, dll
8. Skor 50 = telah (maksimal 3 hari) atau sedang melakukan tindakan mencederai diri (tetapi bukan bunuh diri)/ orang lain secara sengaja

** Keterangan tambahan untuk

9. Skor 0 = apabila berada dalam suatu kelompok yang beranggotakan lebih dari lima orang, klien bisa/ mau ikut berpartisipasi/ bersedia berada dalam kelompok tersebut
10. Skor 5 = bisa juga untuk pasien yang mau berinteraksi dengan setiap orang tetapi bentuk interaksi tetap hanya 1-1
11. Skor 10 = pasien hanya mau interaksi dengan satu orang (satu nama/ subyek), misalnya sedang interaksi 1-1 ada subyek lain yang ikut berpartisipasi maka pasien tidak mau melanjutkan pembicaraan/ diam/ menolak

*** Apabila pada nilai ADL terdapat suatu hal yang mempunyai

karakteristik lebih dari normal (misalnya mandi, makan, berpakaian yang terlalu sering/ berlebihan dalam hal frekuensi) tanpa ada alasan yang jelas maka pasien tersebut masuk pada skor 7 (memerlukan bantuan untuk dapat melakukan kegiatan dengan standar frekuensi yang normal)

**** Keterangan tambahan untuk variabel tidur, variabel tidur tidak hanya merujuk pada kondisi tidur tetapi juga kondisi istirahat

12. Skor 0 = Untuk penilaian shift pagi dan sore: klien mengetahui tentang kebutuhan istirahat dan jika diperlukan bersedia melaksanakan kebutuhan istirahat

13. Skor 3 = Untuk penilaian shift pagi dan sore: mengetahui perlunya kebutuhan istirahat tetapi perlu motivasi untuk istirahat jika memang memerlukan istirahat

14. Skor 7 = Untuk penilaian shift pagi dan sore: Tidak mengetahui perlunya kebutuhan istirahat dan perlu intervensi keperawatan (misalnya menemani pasien) agar pasien bersedia/ mampu beristirahat jika memang diperlukan

15. Skor 10 = Pasien tidak sadar berarti pasien koma, dengan kriteria Glasgow coma Scale kurang dari 8

Shift pagi dan sore: Pasien memerlukan istirahat karena kondisi fisiknya (misalnya malam sebelumnya tidak tidur) tetapi pasien tidak mampu istirahat kecuali dengan farmakologi atau pasien yang perlu dilakukan restrain untuk dapat mengistirahatkan dari kegiatan fisiknya

***** Apabila obat yang diberikan tidak meliputi tiga shift maka skor merujuk pada shift sebelumnya

***** Tidak mampu mengikuti pengarahan baik dalam keadaan sadar atau tidak atau karena penyebab fisiologi

FORMAT
PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN JIWA KELUARGA

I. Identitas Keluarga

Nama kepala keluarga :
 Umur :
 Jenis kelamin :
 Status perkawinan :
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Alamat :
 Anggota keluarga :

No	Nama	L/P	Umur (th)	Pddk	Agama	Pekerjaan	Hub dengan KK	Kondisi Kesehatan		
								Sehat	Risiko Masalah Psikososial	Gangguan Jiwa
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										

II. Status Kesehatan Jiwa:

1. Apakah ada anggota keluarga yang mengalami masalah gangguan jiwa? Ya Tidak
 Jika Ya, Jelaskan (siapa dan perubahan perilaku yang ditunjukkan):
2. Riwayat Pengobatan yang dilakukan dan keberhasilannya:
3. Apakah ada anggota keluarga yang pernah mengalami masalah-masalah dibawah ini;
 Jika Ya, beri tanda cek / √ :

Komponen	Ya/Tidak	Jelaskan (siapa dan kapan)
Kehilangan anggota keluarga /orang yang dicintai		
Masalah ekonomi dan pekerjaan/menganggur /PHK		
Kehilangan harta benda/ barang berharga		
Kehilangan anggota tubuh akibat trauma		
Menderita penyakit menahun/kronis : TBC, hipertensi, jantung, ginjal, kencing manis, rematik dll.		
Masalah Pendidikan (tidak naik kelas/ putus sekolah/ dll)		
Penolakan/ Kegagalan		
Kekerasan dalam keluarga/ masyarakat (aniaya fisik/ psikologis/ seksual)		
Tindakan kriminal		
Memiliki peran yang baru		
Lain-lain: sebutkan.....		

Kesimpulan Status Kesehatan Jiwa Keluarga adalah: **Sehat/ Risiko Masalah Psikososial/ Gangguan Jiwa**
(coret yang tidak perlu)

III. Pemeriksaan Fisik:

IV. Pengkajian Keluarga:

1. Genogram (minimal 3 generasi, termasuk keterangan siapa yang tinggal serumah, yang meninggal, mengidap penyakit keturunan, dan sebagainya)
2. Tipe Keluarga:
3. Status Sosial Ekonomi Keluarga:

4. Perkembangan Keluarga:
 - a. Tahap Perkembangan Keluarga:
 - b. Pencapaian Tugas Perkembangan (*):
5. Struktur Keluarga
 - a. Pola komunikasi keluarga:
 - b. Struktur peran keluarga:
 - c. Sistem Pendukung Keluarga:
6. Kondisi Lingkungan:
 - a. Karakteristik Rumah:
 - b. Karakteristik tetangga dan komunitas:
 - c. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan lingkungan masyarakat:
7. Fungsi Keluarga:
8. Stress dan Mekanisme Koping Keluarga:
9. Nilai dan Keyakinan:

V. Tugas Kesehatan Keluarga

1. Kemampuan mengenal masalah kesehatan:
2. Kemampuan mengambil keputusan:
3. Kemampuan melakukan perawatan kesehatan:
4. Kemampuan melakukan modifikasi lingkungan:
5. Pemanfaatan fasilitas kesehatan:

*** TABEL PENCAPAIAN TUGAS PERKEMBANGAN**

A. Usia 0-18 bulan

Petunjuk teknis pengisian format :

1. Berilah tanda (√) jika klien dan keluarga mampu melakukannya
2. Apabila semua kemampuan tercapai (jawaban “Ya” mencapai 100%) maka dikategorikan “Normal” namun bila kurang dari 100% maka dikategorikan “Penyimpangan”

Nama klien :

No	Kemampuan	Ya	Tidak
	Kemampuan Klien		
1	Menangis keras atau tangannya mencengkrum saat dipisahkan dengan ibunya		
2	Mendengarkan musik atau bernyanyi dengan senang		
3	Menolak saat digendong oleh orang yang tidak dikenalnya		
4	Saat menangis mudah dibujuk untuk diam atau digendong/dipeluk/dibuai		
5	Menangis saat lapar, haus, dingin/basah, gerah, sakit		
6	Mencari suara ibu atau orang lain yang memanggil namanya		
7	Saat diajak bicara oleh orang asing menyembunyikan atau memalingkan wajah dan tidak langsung menangis		
8	Saat diajak bermain memperlihatkan wajah senang/gembira		
9	Saat diberikan mainan meraih mainan atau mendorong dan membanting		
	Kemampuan keluarga		
1	Segera mendorong atau memeluk saat bayi menangis (memberi rasa aman dan nyaman)		
2	Segera menyusui atau memberi makanan saat bayi haus/lapar		
3	Segera mengganti popok/celana yang basah		
4	Menjaga keamanan saat bayi tidur atau bermain		
5	Sebera membawa bayi ke puskesmas/rumah sakit/pelayanan kesehatan bila sakit		
6	Selalu mengajak bicara saat merawat bayi		
7	Bermain dengan bayi (bersuara, menggunakan mainan/benda berwarna atau berbunyi)		
8	Keluarga bersabar bila bayinya rewel		

9	Tidak melampiasikan kekesalan atau kemarahan pada bayi		
10	Keluarga segera mendiskusikan keadaan bayi bila mengalami masalah kesehatan		

Diagnosa Keperawatan :

- < Normal : Potensial berkembang rasa percaya
- < Penyimpangan : Risiko berkembang ketidakpercayaan

B. Usia 18 bulan – 3 tahun

Petunjuk teknis pengisian format :

1. Berilah tanda (√) jika klien dan keluarga mampu melakukannya
2. Apabila semua kemampuan tercapai (jawaban “Ya” mencapai 100%) maka dikategorikan “Normal” namun bila kurang dari 100% maka dikategorikan “Penyimpangan”

Nama klien :

No	Kemampuan	Ya	Tidak
	Kemampuan Klien		
1	Mengenal dan menyebut namanya		
2	Bertindak sendiri dan tidak mau diperintah		
3	Mau berpisah dengan orang tua dalam waktu singkat/ sebentar		
4	Sering bertanya tentang hal/benda yang asing bagi dirinya		
5	Sering menggunakan kata jangan/tidak/nggak		
6	Berinteraksi dengan orang lain tanpa diperintah		
7	Mampu mengungkapkan rasa suka dan tidak suka		
8	Mulai bermain dan berkomunikasi dengan anak lain di luar keluarga		
9	Meniru kegiatan keagamaan yang dilakukan keluarga		
	Kemampuan keluarga		
1	Menyebutkan cara menstimulasi perkembangan anak		
2	Menentukan cara untuk menstimulasi perkembangan anak		
3	Memberikan mainan yang sesuai dengan usia anak		
4	Tidak menggunakan kata perintah saat berbicara tetapi memberikan alternatif untuk memilih		

5	Membuat aturan perilaku yang baik (makan, mandi, tidur bermain)		
6	Memuji keberhasilan yang dicapai anak		
7	Memberi kesempatan anak untuk bermain permainan yang bertujuan menggali rasa ingin tahu		
8	Segera membawa baita ke puskesmas/rumah sakit/pelayanan kesehatan bila sakit		

Diagnosa Keperawatan :

- < Normal : Potensial berkembang kemandirian
- < Penyimpangan : Risiko berkembang ragu-ragu dan malu

C. Usia 3 – 6 tahun

Petunjuk teknis pengisian format :

1. Berilah tanda (√) jika klien dan keluarga mampu melakukannya
2. Apabila semua kemampuan tercapai (jawaban “Ya” mencapai 100%) maka dikategorikan “Normal” namun bila kurang dari 100% maka dikategorikan “Penyimpangan”

Nama klien :

No	Kemampuan	Ya	Tidak
	Kemampuan Klien		
1	Anak aktif bertanya segala sesuatu		
2	Mengkhayal dan kreatif mencoba hal-hal baru		
3	Mampu mengidentifikasi jenis kelamin		
4	Mengenal 4 warna utama		
5	Anak mudah berpisah dengan orang tua		
6	Anak bermain dengan teman sebaya		
7	Belajar melakukan perilaku orang tua, ikut dalam kegiatan keagamaan		
8	Aktif bermain menggunakan peralatan yang ada dalam rumah, alat masak dipukul meniru suara musik, kursi disusun menjadi kereta		
9	Mampu mengungkapkan maksud dengan rangkaian kalimat yang panjang		

10	Anak berinisiatif melakukan kegiatan secara mandiri, mandi, berpakaian, memakai sepatu, membereskan mainannya sendiri, dan membantu adiknya		
11	Anak BAK/BAB di toilet		
12	Anak menerima kehadiran adiknya dan tidak terjadi sibling rivalry berkepanjangan		
	Kemampuan keluarga		
1	Memberi kesempatan anak untuk mempelajari keterampilan baru		
2	Menjadi contoh bagi anak dalam hal cara berinteraksi sosial dengan orang lain dan lingkungan		
3	Menggunakan bahasa dan kalimat positif bila melarang		
4	Membantu anak dalam mempelajari hal-hal baru		
5	Memberi pujian yang konstruktif pada keberhasilan anak		
6	Mendiskusikan pertumbuhan dan perkembangan anak dengan anggota keluarga		
7	Memikirkan pendidikan awal yang baik bagi anak		
8	Keluarga tidak bertengkar di depan anak		
9	Keluarga bersikap bijak mengatasi sibling rivalry dengan melibatkan anak untuk ikut merawat adik barunya, membantu dalam acara memandikan adik, memakaikan bedak badan adik, baju adik		

Diagnosa Keperawatan :

- < Normal : Potensial berkembang rasa inisiatif
- < Penyimpangan : Risiko berkembang rasa bersalah

D. Usia 6 - 12 tahun

Petunjuk teknis pengisian format :

1. Berilah tanda (√) jika klien dan keluarga mampu melakukannya
2. Apabila semua kemampuan tercapai (jawaban "Ya" mencapai 100%) maka dikategorikan "Normal" namun bila kurang dari 100% maka dikategorikan "Penyimpangan"

Nama klien :

No	Kemampuan	Ya	Tidak
	Kemampuan Klien		
1	Mampu BAK/BAB di toilet dan tidak mengompol		
2	Mempunyai teman tetap untuk bermain		
3	Menyukai dan ikut berperan dalam kegiatan kelompok		
4	Berteman dengan sesama jenis		
5	Berkompetisi dengan teman atau saudara sebaya		
6	Memiliki hubungan yang baik dengan orang tua		
7	Mampu menyelesaikan tugas dari sekolah		
8	Mampu menyelesaikan pekerjaan rumah tangga secara sederhana		
9	Mulai mengerti nilai mata uang dan satuannya		
10	Memiliki hobby: naik sepeda, membaca buku, majalah, cerita anak		
11	Tidak ada bekas tanda-tanda luka penganiayaan fisik dan seksual		
	Kemampuan keluarga		
1	Memfasilitasi anak mengikuti aktivitas kelompok		
2	Membimbing anak dalam pencapaian tugas perkembangan sesuai kemampuannya		
3	Membimbing anak dalam cara berinteraksi dengan orang lain		
4	Membimbing anak dalam kegiatan rumah: menonton TV, membaca buku cerita, waktu belajar yang disiplin		
5	Melibatkan dan membimbing anak dalam kegiatan keluarga: berkebun, memasak, membersihkan rumah, rekreasi bersama		
6	Keluarga tidak mencubit, memukul atau mencela/memaki anak bila anak rewel		
7	Tidak mempekerjakan anak secara paksa untuk mencari nafkah keluarga		
8	Memberikan pendidikan yang baik		

Diagnosa Keperawatan :

- < Normal : Kepuasan terhadap keberhasilan yang dicapai
- < Penyimpangan: Resiko harga diri rendah

E. Usia 12 - 18 tahun

Petunjuk teknis pengisian format :

1. Berilah tanda (√) jika klien dan keluarga mampu melakukannya
2. Apabila semua kemampuan tercapai (jawaban “Ya” mencapai 100%) maka dikategorikan “Normal” namun bila kurang dari 100% maka dikategorikan “Penyimpangan”

Nama klien :

No	Kemampuan	Ya	Tidak
	Kemampuan Klien		
1	Menilai diri sendiri secara obyektif, kelebihan dan kekurangan		
2	Bergaul dengan teman sejenis dan lain jenis		
3	Memiliki sahabat untuk teman curhat		
4	Mengikuti kegiatan di luar aktivitas rutin (ekstra sekolah, olah raga, seni, pramuka, pengajian)		
5	Bertanggung jawab terhadap aktivitas yang dilakukan		
6	Memiliki keinginan dan cita-cita masa depan		
7	Mampu menentukan suatu keputusan meski tanpa persetujuan orang tua		
8	Tidak menggunakan narkoba, merokok atau terlibat perkeahian dalam pergaulan		
9	Tidak melakukan tindakan asusila atau seks komersial/ pribadi		
10	Tidak menuntut orang tua secara paksa untuk memenuhi keinginan remaja yang negatif, misal kendaraan, senjata api		
11	Berperilaku santun, menghormati orang tua dan guru, bersikap baik dengan teman		
12	Memiliki prestasi atau sumber kebanggaan sebagai wujud aktualisasi diri yang positif		
	Kemampuan keluarga		
1	Memfasilitasi remaja untuk mengikuti kegiatan yang positif dan bermanfaat		
2	Tidak membatasi atau mengekang remaja dalam pencarian identitas diri dengan alasan yang tidak rasional		
3	Menjadi role model dalam cara berinteraksi sosial dengan orang lain		
4	Menciptakan suasana rumah yang nyaman remaja untuk pengembangan bakat dan kepribadian remaja		

5	Membimbing remaja secara bijak bila remaja terlibat narkoba, merokok dan perkelahian		
6	Menjalin hubungan yang harmonis dengan remaja		
7	Menyediakan waktu yang cukup untuk diskusi dengan remaja, mendengarkan keluhan, harapan dan cita-citanya		
8	Tidak menjadikan remaja sebagai orang yang sangat junior dan tidak memiliki kemampuan apapun		

Diagnosa Keperawatan :

- < Normal : Potensial pembentukan identitas diri
- < Penyimpangan : Resiko tidak efektifnya penampilan peran

F. Usia 18 – 35 tahun

Petunjuk teknis pengisian format :

1. Berilah tanda (√) jika klien dan keluarga mampu melakukannya
2. Apabila semua kemampuan tercapai (jawaban “Ya” mencapai 100%) maka dikategorikan “Normal” namun bila kurang dari 100% maka dikategorikan “Penyimpangan”

Nama klien :

No	Kemampuan	Ya	Tidak
	Kemampuan Klien		
1	Mempunyai konsep diri dan pedoman hidup yang realistis		
2	Mengerti arah dan tujuan hidup yang diinginkan		
3	Merasa mampu untuk mandiri, bertanggung jawab secara ekonomi dan sosial		
4	Memiliki hubungan yang baik dengan keluarga dan orang lain		
5	Mempunyai hubungan dekat dengan pacar atau sahabat		
6	Memiliki kehidupan sosial yang berarti		
7	Mempunyai komitmen yang jelas dalam bekerja dan berinteraksi		
8	Mampu mengendalikan emosi secara konstruktif dan bertanggung jawab		
9	Membentuk keluarga baru		
10	Menyukai dirinya, mampu mengatasi stress dalam kehidupannya		

11	Tidak menjadi pelaku tindak kriminal atau terlibat dalam masalah narkoba		
Kemampuan keluarga			
1	Membantu individu memilih nilai dan pedoman hidup yang positif		
2	Membimbing individu menentukan pilihan pekerjaan sesuai bakat dan kemampuan		
3	Membimbing individu menentukan pasangan hidup		
4	Membimbing individu mengambil keputusan penting dalam hidup, menikah dan punya anak		
5	Membimbing individu untuk mandiri dengan kehidupannya sendiri		
6	Memfasilitasi individu menentukan tujuan hidup		
7	Segera menghubungi pusat layanan kesehatan bila menjumpai masalah dengan kesehatannya		
8	Membimbing secara bijak bila terlibat tindak kriminal atau masalah narkoba		

Diagnosa Keperawatan :

- < Normal : Potensial berhubungan akrab dengan orang lain
- < Penyimpangan: Resiko isolasi sosial

G. Usia 35 – 65 tahun

Petunjuk teknis pengisian format :

1. Berilah tanda (√) jika klien dan keluarga mampu melakukannya
2. Apabila semua kemampuan tercapai (jawaban “Ya” mencapai 100%) maka dikategorikan “Normal” namun bila kurang dari 100% maka dikategorikan “Penyimpangan”

Nama klien :

No	Kemampuan	Ya	Tidak
Kemampuan Klien			
1	Penerimaan perubahan diri dan proses penuaan		
2	Menghargai diri sendiri, menikmati hidup dan mandiri		

3	Memiliki pekerjaan sebagai profesi yang disukainya		
4	Merasa nyaman dan menikmati hasil dari profesi pekerjaannya		
5	Menyesuaikan diri dengan perubahan peran dalam kehidupannya		
6	Berinteraksi baik dengan pasangan hidup, berbagi aktivitas dan tanggung jawab rumah tangga		
7	Membimbing, menyiapkan dan membina generasi di bawah usianya		
8	Memperhatikan kebutuhan orang lain		
9	Mengembangkan minat dan hobby		
10	Menilai pencapaian tujuan hidup		
11	Menyesuaikan diri dengan orang tua dan orang yang sudah lansia		
12	Memiliki coping yang konstruktif bila mengalami stress		
	Kemampuan keluarga		
1	Memfasilitasi perubahan peran dalam keluarga		
2	Membantu individu mencapai tujuan jangka panjang		
3	Menjadi role model dan sebagai teman diskusi bagi individu		
4	Mendukung individu dalam pengambilan keputusan bersama keluarga		
5	Menyadari pentingnya pusat layanan kesehatan sebagai tempat rujukan bagi masalah kesehatan yang dialami		

Diagnosa Keperawatan :

- < Normal : Menyiapkan generasi berikut
- < Penyimpangan : Terhambat

H. Usia lebih dari 65 tahun

Petunjuk teknis pengisian format :

1. Berilah tanda (√) jika klien dan keluarga mampu melakukannya
2. Apabila semua kemampuan tercapai (jawaban “Ya” mencapai 100%) maka dikategorikan “Normal” namun bila kurang dari 100% maka dikategorikan “Penyimpangan”

Nama klien :

No	Kemampuan	Ya	Tidak
	Kemampuan Klien		
1	Berpartisipasi dalam kegiatan sosial di lingkungan (arisan, rapat		
2	Berpartisipasi dalam kegiatan kelompok (pengkajian, senam lansia, Posyandu lansia)		
3	Menceritakan keberhasilan atau prestasi di masa lalu		
4	Merasa dicintai dan berarti dalam keluarga		
5	Mempunyai sistem nilai dan pandangan agama		
6	Melaksanakan kegiatan ibadah rutin sesuai keyakinan dan agama		
7	Menyiapkan diri ditinggalkan anak yang telah mandiri		
8	Menerima dan menyesuaikan diri dengan kematian pasangan (suami/isteri)		
9	Menyiapkan diri menghadapi kematian		
	Kemampuan keluarga		
1	Memfasilitasi lansia dalam kegiatan sosial		
2	Memfasilitasi lansia dalam kegiatan kelompok		
3	Memfasilitasi lansia dalam kegiatan agama		
4	Mendiskusikan dengan lansia keberhasilan dan prestasi masa lalu		
5	Memenuhi kebutuhan atau merawat lansia saat sakit		
6	Memenuhi kebutuhan cinta dan kasih sayang lansia		
7	Memperlakukan lansia sebagai orang yang berarti dalam keluarga		
8	Memfasilitasi lansia menemukan dan menjalankan hobi yang disukainya		
9	Tidak mempekerjakan lansia secara paksa sebagai pencari nafkah utama dalam keluarga		
10	Tetap menjadikan lansia sebagai nara sumber dalam diskusi atau rapat keluarga		

Diagnosa Keperawatan :

- < Normal : Potensial berkembangnya integritas diri
- < Penyimpangan : Resiko ketidakberdayaan

**REKAPITULASI
DETEKSI/ SCREENING KESEHATAN JIWA MASYARAKAT**

DESA :

DUSUN:.....

RT/ RW:.....

JUMLAH KEPALA KELUARGA (KK):

No.	Nama KK	Alamat	Status Kesehatan Jiwa Keluarga
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			

CEKLIST PENDIDIKAN KESEHATAN KEPADA INDIVIDU

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1	Tahap pre interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengumpulkan data pasien 2. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3. Mempersiapkan rencana pertemuan 4. Mempersiapkan alat terapi 			
2	Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi (gejala, sosialisasi, ADL, obat) 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik 			
3	Tahap kerja SP 1: <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan penkes sesuai masalah yang ditemukan pada pasien 2. Melatih kemampuan pasien sesuai masalah yang ditemukan 3. Membuat jadwal kegiatan harian di rumah sesuai masalah yang ditemukan 4. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien SP 2: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih kemampuan berikutnya 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 4. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien 			

4	Tahap terminasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyepakati rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyepakati kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu) 			
5	Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap klien (SOAP).			
TOTAL				

CHEKLIST PENDIDIKAN KESEHATAN PADA KELUARGA (HOME VISITE)

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1	Tahap pre interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengumpulkan data pasien 2. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3. Mempersiapkan rencana pertemuan 4. Mempersiapkan alat terapi 			
2	Tahap Orientasi pada keluarga: Membina Hubungan Saling Percaya <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi (gejala, sosialisasi, ADL, obat) 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik (meminta ijin pada keluarga untuk bertemu langsung dengan pasien) 			
3	Tahap Orientasi pada pasien: Membina Hubungan Saling Percaya <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi (gejala, sosialisasi, ADL, obat) 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik 			

3	<p>Tahap kerja dengan pasien</p> <p>SP 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan penkes sesuai masalah yang ditemukan pada pasien 2. Melatih kemampuan pasien sesuai masalah yang ditemukan 3. Membuat jadual kegiatan harian di rumah sesuai masalah yang ditemukan 4. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien <p>SP 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih kemampuan berikutnya 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 4. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien 			
4	<p>Tahap terminasi dengan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyepakati rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyepakati kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu) <p>Pasien bisa meneruskan kegiatannya, perawat menemui keluarga kembali</p>			
5	<p>Tahap kerja dengan keluarga</p> <p>SP 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan masalah yang dirasakan keluarga selama merawat pasien 2. Memberikan penkes sesuai masalah yang ditemukan pada keluarga 3. Melatih kemampuan keluarga sesuai masalah yang ditemukan 4. Menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien 5. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan keluarga <p>SP 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan keluarga sebelumnya 2. Melatih kemampuan berikutnya 3. Menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien 4. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan keluarga 			

	Tahap terminasi dengan keluarga 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyetujui rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyetujui kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu)			
5	Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap klien (SOAP).			
	TOTAL			

Yogyakarta,20...

Penguji,

PETUNJUK PENGISIAN CHESTLIST

Nilai 0 : Tidak dilakukan

Nilai 1 : Dilakukan tidak sempurna

Nilai 2 : Dilakukan dengan sempurna

Nilai : $\frac{\text{Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100 \%$

Nilai kelulusan: $\geq 75 \%$

**FORMAT PENILAIAN
HOME VISITE/ TERAPI KELUARGA KEPERAWATAN JIWA**

No	Aspek Yang Dinilai	NILAI		
		0	1	2
	A. SAP Home visite/ terapi keluarga			
1	Latar belakang masalah dirumuskan dengan tepat			
2	Diagnosa keperawatan dirumuskan sesuai dengan masalah			
3	Tujuan kunjungan/terapi memenuhi kaidah SMART, sesuai diagnosa			
4	Rencana Terapi keluarga disusun sistematis & operasional meliputi: <ul style="list-style-type: none"> – mengenalkan masalah kesehatan jiwa yang terjadi pada keluarga – regimen terapetik pada anggota keluarga yang sakit – perawatan/konseling psikososialspiritual, – bantuan pengambilan keputusan, – cara menciptakan lingkungan keluarga sehat bio-psiko-sosio-spiritual, – cara memanfaatkan sumber koping yang ada dimasyarakat, – optimalisasi bantuan/dukungan moril pada anggota keluarga yang memiliki masalah psikososial/ gangguan jiwa 			
5	Strategi & manajemen waktu kunjungan disusun sistematis, efektif-efisien, sesuai tujuan			
6	Ketepatan/kesesuaian penentuan alat bantu terapi dengan tujuan yang hendak dicapai antara lain: obat, leaflet			
7	Sasaran kunjungan : minimal <i>triangle</i> (ayah-ibu-anak)			
	B. Laporan hasil home visite/ terapi keluarga			
8	Pengkajian (Identitas anggota keluarga lengkap, bio psiko sosial ekonomi spiritual, komunikasi dan interaksi anggota keluarga)			
9	Rumusan diagnosa keperawatan pada keluarga			
10	Perencanaan (tujuan dirumuskan dengan SMART)			
11	Implementasi pemberian penkes terkait masalah pada keluarga			
12	Evaluasi dirumuskan dengan SOAP			
	jumlah nilai didapat			
	NILAI = ----- X 100			
	24			

Keterangan

Nilai 2 jika dilakukan dengan baik
 1 jika dilakukan kurang baik
 0 jika tidak dilakukan

**FORMAT PENILAIAN
PENYULUHAN KESEHATAN JIWA**

No	Aspek Yang Dinilai	NILAI		
		0	1	2
	A. Fase Pra Interaksi: Persiapan SAP Penyuluhan berisi:			
1	Latar belakang relevan dengan masalah keperawatan jiwa.			
2	Tujuan penyuluhan sesuai dengan masalah			
3	Kelompok sasaran penyuluhan			
4	Strategi/Metode penyuluhan			
5	Materi penyuluhan disusun ringkas, sistematis sesuai tujuan dan sasaran penyuluhan.			
6	Setting waktu dan tempat penyuluhan			
7	Ketepatan/kesesuaian pemilihan alat bantu penyuluhan			
	B. Pelaksanaan Penyuluhan			
	1. Fase orientasi			
8	Membuka pertemuan dengan salam terpetik & bina hubungan saling percaya			
9	Menyampaikan kontrak kegiatan (sesuai rencana SAP)			
10	Menyampaikan tujuan penyuluhan			
11	Menetapkan pemahaman yang jelas akan peran dan tugas dari audience			
	2. Fase Kerja			
12	Materi penyuluhan disampaikan secara jelas menggunakan bahasa sesuai karakteristik audience			
13	Modifikasi teknik penyuluhan sesuai situasi dan kondisi			
14	Menggunakan alat bantu atau media AV yang tepat dan sesuai			
15	Kejelasan dan Variasi intonasi suara			
16	Penggunaan isyarat non verbal, mimic dan gerak tubuh yang sesuai			
17	Titik pusat perhatian merata pada seluruh audience			
18	Tanggap terhadap reaksi serta respon verbal & non verbal audience			
19	Memberikan kesempatan kepada audience untuk berpartisipasi			
20	Manajemen waktu dan forum baik: penguasaan audience serta lingkungan			
21	Kerjasama kelompok kompak dan harmonis			
22	Sikap profesional dan manajemen emosi terkendali			

	3. Fase Terminasi			
23	Menyimpulkan hasil kegiatan dan rangkuman materi penyuluhan			
24	Evaluasi kegiatan: Memberi kesempatan peserta mengungkapkan perasaan atas pelaksanaan penyuluhan			
26	Memberikan umpan balik atas evaluasi yang dilakukan			
27	Menyepakati rencana tindak lanjut dan kontrak selanjutnya.			
28	Menutup kegiatan dan salam terapeutik			
	C. Dokumentasi Kegiatan			
29	Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi serta RTL dan kontrak selanjutnya (SOAP).			
	jumlah nilai didapat NILAI = ----- X 100 58			

Keterangan

Nilai 2 jika dilakukan dengan baik
 1 jika dilakukan kurang baik
 0 jika tidak dilakukan

CHEKLIST ASUHAN KEPERAWATAN PADA HALUSINASI

1. Untuk Pasien

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1	Tahap pre interaksi 1). Mengumpulkan data pasien 2). Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3). Mempersiapkan rencana pertemuan 4). Mempersiapkan alat terapi			
2	Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik			
3	Tahap kerja SP 1: 1. Mengkaji halusinasi, meliputi: a) Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien b) Mengidentifikasi isi halusinasi pasien c) Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien d) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien e) Mengidentifikasi stressor pencetus halusinasi f) Mengidentifikasi respons pasien terhadap halusinasi 2. Menjelaskan masalah halusinasi pada pasien 3. Mengajarkan cara ke-1 mengontrol halusinasi: menghardik halusinasi 4. Memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian (JKH) SP 2: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian (JKH) 2. Mengajarkan cara ke-2 mengontrol halusinasi: bercakap-cakap dengan orang lain 3. Menganjurkan pasien untuk menggunakan cara yang telah diajarkan/ memasukan dalam jadwal kegiatan harian (JKH)			

	<p>SP 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian (JKH) 2. Mengajarkan cara ke-3 mengontrol halusinasi: melakukan aktifitas terjadwal. 3. Menganjurkan pasien untuk menggunakan cara yang telah diajarkan/ memasukan dalam jadwal kegiatan harian (JKH) <p>SP 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian (JKH) 2. Mengajarkan cara ke-4 mengontrol halusinasi : patuh minum obat 3. Menganjurkan pasien untuk menggunakan cara yang telah diajarkan/ memasukan dalam jadwal kegiatan. <p>Catt: Cara kontrol diajarkan secara bertahap sesuai kondisi pasien, sebelum mengajarkan cara yang lain dievaluasi dahulu hasil dari cara yang sebelumnya, jika pasien mengalami hambatan dalam melaksanakan cara yang telah diajarkan, maka perlu dikaji penyebabnya dan dilakukan koreksi.</p>			
4	<p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menyimpulkan kegiatan 2) Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3) Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4) Menyepakati rencana tindak lanjut (RTL) 5) Menyepakati kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu) 			
5	<p>Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap klien (SOAP).</p>			
	TOTAL			

2. Untuk Keluarga

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1.	Tahap pre interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengumpulkan data 2. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3. Mempersiapkan rencana pertemuan 4. Mempersiapkan alat terapi 			
2.	Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik 			
3.	Tahap kerja SP 1: <ol style="list-style-type: none"> 1). Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2). Menjelaskan masalah halusinasi yang terjadi pada pasien. 3). Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi SP 2: <ol style="list-style-type: none"> 1). Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan halusinasi 2). Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi SP 3: <ol style="list-style-type: none"> 1). Membantu keluarga membuat jadual aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning) 2). Menjelaskan follow up pasien setelah pulang 			
4.	Tahap terminasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyepakati rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyepakati kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu) 			

5.	Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap keluarga (SOAP).			
	TOTAL			

Yogyakarta,

Penguji,

PETUNJUK PENGISIAN CHEKLIST

Nilai 0 : Tidak dilakukan

Nilai 1 : Dilakukan tidak sempurna

Nilai 2 : Dilakukan dengan sempurna

Nilai : $\frac{\text{Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100 \%$

Nilai kelulusan: $\geq 75 \%$

CHEKLIST ASUHAN KEPERAWATAN PADA WAHAM

3. Untuk Pasien

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1	Tahap pre interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengumpulkan data pasien 2. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3. Mempersiapkan rencana pertemuan 4. Mempersiapkan alat terapi 			
2	Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik 			
3	Tahap kerja SP 1: <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu orientasi realita 2. Mendiskusikan kebutuhan yang tidak terpenuhi 3. Membantu pasien memenuhi kebutuhannya 4. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatannya SP 2: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Mendiskusikan tentang kemampuan yang dimiliki 3. Melatih kemampuan yang dimiliki SP 3: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 			

4	Tahap terminasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyetujui rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyetujui kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu) 			
5	Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap klien (SOAP).			
TOTAL				

4. Untuk Keluarga

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1.	Tahap pre interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengumpulkan data 2. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3. Membuat rencana pertemuan 4. Mempersiapkan alat terapi 			
2.	Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik 			
3.	Tahap kerja SP 1: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala waham, dan jenis waham yang dialami pasien, serta proses terjadinya 3. Menjelaskan cara merawat pasien dengan waham 			

	<p>SP 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan waham 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung pasien waham <p>SP 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (discharge planning) 2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang 			
4.	<p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyepakati rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyepakati kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu) 			
5.	Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap keluarga (SOAP).			
	TOTAL			

Yogyakarta,

Penguji,

PETUNJUK PENGISIAN CHEKLIST

Nilai 0 : Tidak dilakukan

Nilai 1 : Dilakukan tidak sempurna

Nilai 2 : Dilakukan dengan sempurna

Nilai : $\frac{\text{Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100 \%$

Nilai kelulusan: $\geq 75 \%$

CHEKLIST ASUHAN KEPERAWATAN PADA DEFISIT PERAWATAN DIRI

6. Untuk Pasien

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1	Tahap pre interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengumpulkan data pasien 2. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3. Mempersiapkan rencana pertemuan 4. Mempersiapkan alat terapi 			
2	Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik 			
3	Tahap kerja SP 1: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri 2. Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri 3. Membantu pasien mempraktekan cara menjaga kebersihan diri 4. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan SP 2: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Menjelaskan cara makan yang benar 3. Membantu pasien mempraktekan cara makan yang benar 4. Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian SP 3: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Menjelaskan cara eliminasi yang benar 3. Membantu pasien mempraktekan cara eliminasi yang benar 4. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 			

	SP 4: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Menjelaskan cara berdandan 3. Membantu pasien mempraktekan cara berdandan 4. Mengajukan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 			
4	Tahap terminasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyetujui rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyetujui kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu) 			
5	Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap klien (SOAP).			
TOTAL				

7. Untuk Keluarga

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1.	Tahap pre interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengumpulkan data 2. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3. Membuat rencana pertemuan 4. Mempersiapkan alat terapi 			
2.	Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik 			
3.	Tahap kerja SP 1: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala deficit perawatan diri dan jenis deficit perawatan diri yang dialami pasien, serta proses terjadinya 3. Menjelaskan cara merawat pasien dengan deficit perawatan diri 			

	<p>SP 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan deficit perawatan diri 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien deficit perawatan diri <p>SP 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah: termasuk minum obat (dschange planning) 2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang 			
4.	<p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyepakati rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyepakati kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu) 			
5.	Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap keluarga (SOAP).			
	TOTAL			

Yogyakarta,

enguji,

PETUNJUK PENGISIAN CHEKLIST

Nilai 0 : Tidak dilakukan

Nilai 1 : Dilakukan tidak sempurna

Nilai 2 : Dilakukan dengan sempurna

Nilai : $\frac{\text{Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100 \%$

Nilai kelulusan: $\geq 75 \%$

CHEKLIST ASUHAN KEPERAWATAN PADA PERILAKU KEKERASAN

1. Untuk Pasien

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1	Tahap pre interaksi 1) Mengumpulkan data pasien 2) Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3) Mempersiapkan rencana pertemuan 4) Mempersiapkan alat terapi			
2	Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik			
3	Tahap kerja SP 1: 1. Mengkaji perilaku kekerasan, meliputi: a) Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan b) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan c) Mengidentifikasi bentuk perilaku kekerasan yang pernah d) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan e) Mengidentifikasi cara kontrol/manajemen koping yang pernah dilakukan 2. Mengajarkan cara ke-1 mengontrol perilaku kekerasan : cara fisik tarik nafas dalam, memukul bantal 3. Memasukkan dalam JKH SP 2: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Mengajarkan cara ke-2 mengontrol PK : sosial/verbal 3. Memasukkan dalam jadwal kegiatan harian (JKH).			

	<p>SP 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi JKH 2. Mengajarkan cara ke-3 mengontrol PK: spiritual 3. Memasukkan dalam jadwal kegiatan harian (JKH). <p>SP 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi JKH 2. Mengajarkan cara ke-4 mengontrol PK: manajemen obat 3. Memasukan dalam jadwal kegiatan.harian 			
4	<p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyetujui rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyetujui kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu) 			
5	<p>Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap klien (SOAP).</p>			
	TOTAL			

2. Untuk Keluarga

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1.	<p>Tahap pre interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). Mengumpulkan data 2). Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3). Mempersiapkan rencana pertemuan 4). Mempersiapkan alat terapi 			
2.	<p>Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik 			

3.	<p>Tahap kerja</p> <p>SP 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2). Menjelaskan masalah PK yang terjadi pada pasien. 3). Menjelaskan cara-cara merawat pasien PK <p>SP 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan PK 2). Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien PK <p>SP 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning) 2). Menjelaskan follow up pasien setelah pulang 			
4.	<p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyepakati rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyepakati kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu) 			
5.	<p>Dokumentasi kegiatan</p> <p>Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap keluarga (SOAP).</p>			
TOTAL				

Yogyakarta,

Penguji,

PETUNJUK PENGISIAN CHEKLIST

Nilai 0 : Tidak dilakukan

Nilai 1 : Dilakukan tidak sempurna

Nilai 2 : Dilakukan dengan sempurna

Nilai : $\frac{\text{Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100 \%$

Nilai kelulusan: $\geq 75 \%$

CHEKLIST ASUHAN KEPERAWATAN PADA HARGA DIRI RENDAH

1. Untuk Pasien

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1	Tahap pre interaksi 1. Mengumpulkan data pasien 2. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3. Mempersiapkan rencana pertemuan 4. Mempersiapkan alat terapi			
2	Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik			
3	Tahap kerja SP 1: 2. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien 3. Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang dapat digunakan 4. Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien 5. Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih 6. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien 7. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan SP 2: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih kemampuan kedua 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			

	SP 3: 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 3. Melatih kemampuan ketiga (dst) 4. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
4	Tahap terminasi 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyepakati rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyepakati kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu)			
5	Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap klien (SOAP).			
TOTAL				

2. Untuk Keluarga

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1.	Tahap pre interaksi 1. Mengumpulkan data 2. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3. Mempersiapkan rencana pertemuan 4. Mempersiapkan alat terapi			
2.	Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik			
3.	SP 1 1. Menjelaskan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah, serta proses terjadinya 3. Menjelaskan cara merawat pasien dengan harga diri rendah			

	SP 2 1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung pasien harga diri rendah SP 3 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning) 2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang			
4.	Tahap terminasi 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyetujui rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyetujui kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu)			
5.	Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap keluarga (SOAP).			
	TOTAL			

Yogyakarta,

Penguji,

PETUNJUK PENGISIAN CHEKLIST

Nilai 0 : Tidak dilakukan

Nilai 1 : Dilakukan tidak sempurna

Nilai 2 : Dilakukan dengan sempurna

Nilai : $\frac{\text{Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100 \%$

Nilai kelulusan: $\geq 75 \%$

DAFTAR KEMAMPUAN PASIEN

NAMA KLIEN :

RUANGAN :

TANGGAL DITEMUKAN	KEMAMPUAN YANG DIMILIKI	TANGGAL DILATIH

CHEKLIST ASUHAN KEPERAWATAN PADA ISOLASI SOSIAL

1. Untuk Pasien

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1	Tahap pre interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengumpulkan data pasien 2. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3. Mempersiapkan rencana pertemuan 4. Mempersiapkan alat terapi 			
2	Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik 			
3	SP 1 <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien 2. Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain 3. Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain 4. Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang 5. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian 			
	SP 2 <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Memberikan kesempatan kepada pasien mempraktekkan cara berkenalan dengan dua orang 3. Membantu pasien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian 			

	SP 3 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Memberi kesempatan kepada pasien untuk berkenalan dengan dua orang atau lebih 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
4	Tahap terminasi 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyepakati rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyepakati kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu)			
5	Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap klien (SOAP).			
TOTAL				

2. Untuk Keluarga

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1.	Tahap pre interaksi 1. Mengumpulkan data 2. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3. Mempersiapkan rencana pertemuan 4. Mempersiapkan alat terapi			
2.	Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik			

3.	SP 1 1. Menjelaskan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial yang dialami pasien serta proses terjadinya 3. Menjelaskan cara merawat pasien dengan isolasi sosial			
	SP 2 1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan isolasi sosial 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung pasien isolasi sosial			
	SP 3 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning) 2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang			
4.	Tahap terminasi 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyepakati rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyepakati kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu)			
5.	Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap keluarga (SOAP).			
	TOTAL			

Yogyakarta,

Penguji,

PETUNJUK PENGISIAN CHEKLIST

Nilai 0 : Tidak dilakukan

Nilai 1 : Dilakukan tidak sempurna

Nilai 2 : Dilakukan dengan sempurna

Nilai : $\frac{\text{Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100 \%$

Nilai kelulusan: $\geq 75 \%$

CHEKLIST ASUHAN KEPERAWATAN PADA RISIKO BUNUH DIRI

1. Untuk Pasien

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1	Tahap pre interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengumpulkan data pasien 2. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3. Mempersiapkan rencana pertemuan 4. Mempersiapkan alat terapi 			
2	Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik 			
3	SP 1 <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan pasien 2. Mengamankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien 3. Melakukan kontrak <i>treatment</i> 4. Mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri 5. Melatih cara mengendalikan dorongan bunuh diri 			
	SP 2 <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi aspek positif pasien 2. Mendorong pasien untuk berpikit positif terhadap diri 3. Mendorong pasien untuk menghargai diri sebagai individu yang berharga 			
	SP 3 <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pola koping yang biasa diterapkan pasien 2. Menilai pola koping yang biasa digunakan 3. Mengidentifikasi pola koping yang konstruktif 4. Mendorong pasien memilih pola koping yang konstruktif e. Menganjurkan pasien menerapkan pola koping konstruktif dalam kegiatan harian 			

	<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat rencana masa depan yang realistis bersama pasien 2. Mengidentifikasi cara mencapai rencana masa depan yang realistis 3. Memberi dorongan pasien melakukan kegiatan dalam rangka meraih masa depan yang realistis 			
4	<p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyetujui rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyetujui kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu) 			
5	<p>Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap klien (SOAP).</p>			
TOTAL				

2. Untuk Keluarga

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1.	<p>Tahap pre interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengumpulkan data 2. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 3. Mempersiapkan rencana pertemuan 4. Mempersiapkan alat terapi 			
2.	<p>Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Salam dan Perkenalan 2. Melakukan evaluasi/ validasi 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 5. Menjaga Sikap Terapeutik 			

3.	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala risiko bunuh diri dan jenis perilaku bunuh diri yang dialami pasien, serta proses terjadinya 3. Menjelaskan cara merawat pasien dengan risiko bunuh diri 			
	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan risiko bunuh diri 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung pasien risiko bunuh diri 			
	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning) 2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang 			
4.	<p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan kegiatan 2. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 4. Menyepakati rencana tindak lanjut (RTL) 5. Menyepakati kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu) 			
5.	<p>Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap keluarga (SOAP).</p>			
TOTAL				

Yogyakarta,

Penguji,

PETUNJUK PENGISIAN CHEKLIST

Nilai 0 : Tidak dilakukan

Nilai 1 : Dilakukan tidak sempurna

Nilai 2 : Dilakukan dengan sempurna

Nilai : $\frac{\text{Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100 \%$

Nilai kelulusan: $\geq 75 \%$

**CHEKLIST PENDIDIKAN KESEHATAN DI POLIKLINIK
KEPERAWATAN JIWA**

NO	KOMPONEN	NILAI		
		0	1	2
1	Tahap pre interaksi 5. Mengumpulkan data pasien 6. Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri 7. Mempersiapkan rencana pertemuan 8. Mempersiapkan alat terapi			
2	Tahap Orientasi: Membina Hubungan Saling Percaya 6. Memberikan Salam dan Perkenalan 7. Melakukan evaluasi/ validasi (gejala, sosialisasi, ADL, obat) 8. Menjelaskan tujuan 9. Menjelaskan kontrak kegiatan (topic, tempat dan waktu) 10. Menjaga Sikap Terapeutik			
3	Tahap kerja SP 1: 5. Memberikan penkes sesuai masalah yang ditemukan pada pasien 6. Melatih kemampuan pasien sesuai masalah yang ditemukan 7. Membuat jadwal kegiatan harian di rumah sesuai masalah yang ditemukan 8. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien SP 2: 5. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 6. Melatih kemampuan berikutnya 7. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 8. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien			

4	Tahap terminasi 6. Menyimpulkan kegiatan 7. Melakukan evaluasi (subyektif dan obyektif) 8. Memberikan <i>reinforcement</i> positif 9. Menyetujui rencana tindak lanjut (RTL) 10. Menyetujui kontrak selanjutnya (topic, tempat dan waktu)			
5	Dokumentasi kegiatan Menjelaskan hasil kegiatan, respon dan evaluasi terhadap klien (SOAP).			
TOTAL				

Yogyakarta,

Penguji,

PETUNJUK PENGISIAN CHEKLIST

Nilai 0 : Tidak dilakukan

Nilai 1 : Dilakukan tidak sempurna

Nilai 2 : Dilakukan dengan sempurna

Nilai : $\frac{\text{Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100 \%$

JADUAL KEGIATAN HARIAN

NAMA KLIEN :

RUANGAN :

JAM	KEGIATAN	TANGGAL					
05.00							
06.00							
07.00							
08.00							
09.00							
10.00							
11.00							
12.00							
13.00							
14.00							
15.00							
16.00							
17.00							
18.00							
19.00							
20.00							
21.00							
22.00							

KETERANGAN:

M : MANDIRI

B : BANTUAN

T : TIDAK DILAKUKAN

REKAPITULASI PENCAPAIAN KOMPETENSI STASE KEPERAWATAN JIWA

No	DAFTAR KOMPETENSI	PENCAPAIAN											
		Tanggal	Tanda Tangan	Tanggal	Tanda Tangan	Tanggal	Tanda Tangan	Tanggal	Tanda Tangan	Tanggal	Tanda Tangan	Tanggal	Tanda Tangan
1.	Askep klien dengan ansietas												
2.	Askep klien dengan masalah konsep diri												
3.	Askep klien dengan isolasi sosial												
4.	Askep klien dengan halusinasi												
5.	Askep klien dengan perilaku bunuh diri												
6.	Askep klien dengan perilaku kekerasan												
7.	Askep klien dengan waham												
8.	Pemeriksaan Status Mental pasien psikotri.												
9.	Penentuan Kategori Pasien Jiwa												
10.	Penilaian Resiko Perilaku Kekerasan												
11.	Penilaian Resiko Bunuh Diri												
12.	Teknik Seklusi: Restrain												
13.	Tindakan Isolasi												
14.	Terapi Aktifitas Kelompok												
15.	Terapi Rehabilitasi												

I. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

<p>Nama Klien : Ny. Sop Usia : 44 tahun No, RM : 174156 Tgl Pengkajian : 15 Maret 2010</p>	<p>Alasan masuk RS: klien menolak makan selama 2 hari. 1 minggu klien tidak bisa tidur, bicara dan tertawa sendiri; tidak mau merawat diri. Klien datang datang keadaan tangan dan kaki diikat, dilakukan sejak 2 hari, selama di rumah 1 minggu klien marah-marah, menendang barang-barang di sekitarnya, membenturkan kepala ke kaca.</p>
---	---

A. Faktor Predisposisi dan Faktor Presipitasi

NEUROBIOLOGI	FAKTOR PREDISPOSISI		FAKTOR PRESIPITASI			STRESSOR
	PSIKOLOGIS	SOSIOKULTURAL	NATURE	ORIGIN	TIMING	
<ul style="list-style-type: none"> Klien dirawat di ruang Subadra tanggal 3/3 2010. Pindah di Arimbi tanggal 9-03-2010. Klien pertama kali dirawat tahun 1995 di RSJ Bandung selama 1 bulan. Pernah dirawat di RS Grogol. Putus obat selama klien menjadi TKW di Saudi selama 4 tahun (2002-2006) Klien dirawat pertama kali di RSM karena 1 minggu klien tidak bisa tidur, 2 hari tidak mau makan. Riwayat gangguan jiwa dalam keluarga disangkal Di IGD terdapat hematome di tungkai sinistra dan edema di tangan kanan. Di Arimbi luka di kaki masih basah, di pergelangan tangan sudah kering. 	<ul style="list-style-type: none"> Kemampuan klien berkomunikasi cukup lancar Klien memiliki kepribadian tertutup, pendiam Klien pernah mengalami kekecewaan karena ditinggal menikah lagi oleh suaminya dan bercerai tahun 1986 Klien mengalami kesedihan berulang, tahun 1996 adik bungsu meninggal karena kecelakaan, tahun 1997 adik kedua meninggal setelah melahirkan dan klien yang menanggung kedua anak adiknya yang masih kecil. 	<ul style="list-style-type: none"> Klien seorang janda Anak ke-1 dari 3 bersaudara Pendidikan SD Pekerjaan: klien tidak bekerja. Pernah menjadi TKW tahun 1987-1990, tahun 1990-1994 di pabrik sepatu, tahun 1994 -1996 ke Saudi, tahun 2002-2006 ke Saudi. Tinggal di rumah dengan anak kandung dan 2 anak adiknya. Mempunyai 1 anak dan 2 anak adiknya yang sudah meninggal. 1 anak adiknya ikut dengan bapak kandungnya yang tinggal dengan orangtuanya. Klien suka ikut pengajian 	<p>Biologis : Putus obat</p> <p>Psikologis : Merasa sedih</p> <p>Sosialbudaya : Adik meninggal Anak adik ditanggung</p>	<p>Internal</p> <p>Internal</p> <p>Eksternal</p>	<p>2 bulan</p> <p>14 tahun</p> <p>14 tahun</p>	<p>Biologis : Putus obat</p> <p>Psikologis: Merasa sedih</p> <p>Sosial budaya: Masalah ekonomi</p>

B. Penilaian (Respon) terhadap Stressor

STRESSOR	KOGNITIF	AFEKTIF	FISILOGIS	PERILAKU	SOSIAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN
Putus obat	Klien mengatakan putus obat karena merasa sudah sembuh. Klien pernah mendengar suara agar di kamar saja, tidak keluar-keluar.	Tampak lesu, tatapan kosong	Data RM: selama di rumah tidak bisa tidur, tidak mau makan selama 2 hari. Selama di RS: TD: 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, bisa tidur dan makan habis 1 porsi	Data RM: klien tertawa, tersenyum sendiri	Data RM: di rumah klien diikat di dalam kamar. Banyak di rumah. Selama di RS duduk bersama klien lain, mengikuti kegiatan ruangan, jarang terlihat klien berinteraksi dengan klien lain	PRTI Halusinasi
Merasa sedih Masalah ekonomi	Klien mengatakan merasa sedih karena memikirkan tanggungan anak-anak adiknya yang butuh biaya. Malu karena tidak punya penghasilan yang cukup. Klien mengatakan malas berinteraksi dengan orang lain, ingin pulang	Tampak lesu, wajah murung, sedih		Lebih sering diam, ada kontak mata terbatas, banyak menunduk	Duduk bersama klien lain, mengikuti kegiatan ruangan, jarang terlihat berinteraksi dengan klien lain	Harga diri rendah
	Klien mengatakan mandi dengan sabun, keramas tidak menggunakan shampoo	Tampak lesu, wajah murung, sedih	Rambut tampak tidak rapi, agak kotor, wajah tampak kusut	Lebih sering diam, ada kontak mata terbatas, banyak menunduk	Duduk bersama klien lain, mengikuti kegiatan ruangan, jarang terlihat berinteraksi dengan klien lain	Isolasi sosial
						Defisit Perawatan Diri

C. Sumber Koping

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERSONAL ABILITY	SOCIAL SUPPORT	MATERIAL ASSETS	POSITIVE BELIEFS	TERAPI
Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi pendengaran	Klien sudah mampu mengenal halusinasi, isi, waktu, frekuensi, situasi, perasaan dan respon terhadap halusinasi, sudah tahu cara mengontrol halusinasi dengan 3 cara: menghardik, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan Klien belum mampu mengenal penyebab kambuh, cara mengatasi dan mencegah kekambuhan Klien belum mampu mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki dan belum memiliki kegiatan/ aktivitas	<ul style="list-style-type: none"> Klien memiliki anak yang memperhatikan klien Keluarga selalu mendukung pengobatan dan kesembuhan klien Keluarga belum memberikan dukungan perawatan klien dengan halusinasi. PRTI, HDR, isolasi sosial, dan DPD 	<ul style="list-style-type: none"> Klien tidak memiliki pekerjaan dan penghasilan tetap Klien tidak memiliki tabungan Klien memiliki asuransi kesehatan yaitu jamkesda 	<ul style="list-style-type: none"> Klien memiliki harapan untuk sembuh Klien meyakini pengobatan yang dijalaniinya dapat menyembuhkan 	Th/ generalis SP 1-4, TAK 1-5
Penatalaksanaan Regimen Terapeutik Inefektif (PRTI)					Th/ generalis SP 1-3,
Harga diri rendah kronis					Th/ generalis SP 1-2
Isolasi Sosial	Klien sudah mampu mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, keuntungan berinteraksi dengan orang lain, kerugian tidak berinteraksi, sudah mampu berkenalan dengan orang lain				Th/ generalis SP 1-3TAK Sosialisasi sesi 1-7
Defisit Perawatan Diri: Kebersihan diri	<ul style="list-style-type: none"> Klien dapat menyebutkan manfaat perawatan diri Klien dapat melatih perawatan diri sesuai jadwal secara mandiri 				<p>Terapi Generalis:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sp 1 – 4 DPD individu Sp 1 – 4 DPD keluarga

Untuk pengkajian lainnya agar disesuaikan dengan format pengkajian!

