



**No health without
mental health**

BUKU PANDUAN PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA

PRODI SI KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIJAYA HUSADA BOGOR

Jl. Letjend Ibrahim Adjie No.180 Sindangbarang Kota Bogor

BUKU PANDUAN PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JiWA

Ns. Satrio Kusumo Lelono, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

Penerbit : WIJAYA HUSADA

Jl. Letjend Ibrahim Adjie No. 180 Sindang Barang Bogor Barat
Telepon (0251) 8327396, 8327399, Mobile : 085216701658 / 081259819088
Laman: www.wijayahusada.com Email: wijayahusada@gmail.com

BUKU PANDUAN PRAKTIK KLINIK

KEPERAWATAN JIWA

Ns. Satrio Kusumo Lelono, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

ISBN : 978-602-5982-38-5
Editor : Normalia Sari
Rancangan Sampul : Nining Fitrianingsih
Tata Letak : Siti Chaerunisa
Penyunting : Nining Fitrianingsih

Hak Cipta ©2018, Penerbit Wijaya Husada
Jl. Letjend Ibrahim Adjie No 180 Sindang Barang, Bogor
Barat-Bogor
Telp. (0251) 8327396
SMS. 085216701658
E-mail : wijayahusada@gmail.com

Cetakan I, November 2018

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotocopy, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002, Tentang Hak Cipta

- 1) Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)
 - 2) Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)
-

KATA PENGANTAR

Rasa syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan kasih dan berkat karunia-Nya sehingga buku ini dapat diselesaikan.

Penyusunan buku ajar ini merupakan salah satu upaya Program Studi Profesi Ners STIKES Wijaya Husada Bogor dalam meningkatkan kualitas proses pembelajaran sehingga lebih baik, sehingga mudah dipahami untuk melengkapi materi yang berkaitan dengan Keperawatan Jiwa .

Dalam penyusunan buku ini, kami banyak dibantu oleh teman seprofesi baik dalam lingkungan kampus Program Studi Profesi Ners STIKES Wijaya Husada Bogor maupun dari pihak luar. Kami mengucapkan terima kasih kepada Ketua STIKES Wijaya Husada Bogor beserta seluruh karyawan dan staf dosen Program Studi Profesi Ners STIKES Wijaya Husada Bogor, yang telah memberikan dukungan sehingga buku ini dapat tersusun.

Buku ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu saran yang membangun sangat kami harapkan guna perbaikan buku ini.

Akhir kata, berbagai saran dan kritik yang membangun akan selalu penulis harapkan.

Bogor, November 2018

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR LAMPIRAN.....	iii
BAB I INFORMASI UMUM	1
A. Deskripsi Mata Ajar.....	1
B. Jumlah SKS dan Lamanya Program	1
BAB II TUJUAN INSTRUKSIONAL	2
A. Tujuan Instruksional Umum.....	2
B. Tujuan Instruksional Khusus.....	2
BAB III KOMPETENSI	4
BAB IV MATERI YG DIHARAPKAN DIKUASAI	5
BAB V TATA TERTIB	6
BAB VI PENUGASAN DAN TEMPAT PRAKTEK	8

DAFTAR LAMPIRAN

Format Kriteria Penilaian	Lamp-1
Format Penilaian Pencapaian Target oleh CI Lapangan	Lamp-2
Format Penilaian Makalah/Kelompok	Lamp-3
Format Penilaian Seminar Laporan Kasus	Lamp-4
Format Penilaian TAK	Lamp-5
Daftar Hadir Mahasiswa	Lamp-6
Format Rencana Kegiatan	Lamp-7
Format Buku Kegiatan Harian	Lamp-8
Format Laporan Pendahuluan	Lamp-9
Format Strategi Pelaksanaan	Lamp-10
Format Pengkajian	Lamp-11
Format Laporan Makalah	Lamp-12
Pedoman Diagnosis Keperawatan Jiwa	Lamp-13
Rekapitulasi Target Kompetensi	Lamp-14

BAB I

INFORMASI UMUM

A. Deskripsi Mata Ajar

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

Perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan jiwa menggunakan model stress adaptasi Stuart dan Sundeen yg 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 system yg 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 2 SKS dan lama pembelajaran 2 minggu, termasuk proses evaluasi akhir stase.

BAB 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 professional dalam konteks individu dan keluarga .

B. Tujuan Instruksional Khusus

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

1. Melakukan pengkajian keperawatan jiwa
 - a. Melakukan pengkajian secara holistic melalui wawancara pada pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik catatan medis dan catatan keperawatan yg digunakan di lahan praktek.
 - 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 yg didapatkan antara data-data normal dan data-data abnormal
 - b. Menetapkan diagnosis keperawatan sesuai dg analisis data yg didapat berdasarkan data objektif dan subjektif yg tepat.
 - c. Merumuskan diagnosis keperawatan jiwa baik actual, risiko maupun wellness.
 - d. Menentukan prioritas diagnosis keperawatan
3. Merencanakan tindakan keperawatan
 - a. Menentukan tujuan jangka panjang dan jangka pendek

- b. Menetapkan criteria pencapaian tujuan
 - c. Menetapkan tindakan-tindakan keperawatan yang tepat dalam mengatasi masalah
 - d. Menetapkan tindakan-tindakan keperawatan yang mencakup tindakan observasi keperawatan, terapi keperawatan, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaborasi.
 - e. Memberikan rasionalisasi dari setiap tindakan yang direncanakan
4. Melakukan implementasi tindakan keperawatan
- a. Menyiapkan rencana interaksi / strategi pelaksanaan pada setiap pertemuan / interaksi dg pasien
 - b. Melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan sesuai dg standar prosedur dg menggunakan tehnik komunikasi terapeutik.
 - c. Melakukan home visit / terapi keluarga sebagai bagian intervensi dari asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien.
 - d. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilaksanakan
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan
- a. Mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (melakukan tindak lanjut asuhan keperawatan dg metode evaluasi SOAP)
 - b. Memodifikasi diagnosis keperawatan berdasarkan hasil evaluasi
6. Membuat rencana pendidikan kesehatan, termasuk rencana pemulangan pasien (discharged planning)

BAB III

KOMPETENSI

Kompetensi yang diharapkan dicapai pada stase keperawatan jiwa terdiri dari :

1. Asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, menganalisa data dan menentukan diagnose 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 dan keluarga
 - a. Askep klien dengan gangguan perilaku kekerasan
 - b. Askep klien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi
 - c. Askep klien dengan isolasi social
 - d. Askep klien dengan harga diri rendah
 - e. Askep klien dengan deficit perawatan diri
2. Terapi pada keperawatan jiwa
 - a. Restrain
 - b. Isolasi
 - c. Terapi Aktifitas Kelompok

BAB IV

MATERI YANG DIHARAPKAN DIKUASAI

1. Konsep sehat sakit jiwa
2. PPDGJ : konsep dasar, dan penggolongan gangguan psikiatri, penegakan diagnose gangguan jiwa dan system diagnosis multiaxial
3. Berbagai jenis gangguan jiwa dan psikodinamikanya :
Gangguan jiwa pada anak, remaja dan lansia.
4. Asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, menyusun rencana keperawatan, mengimplementasikan rencana keperawatan 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. Asuhan Askep klien dengan gangguan perilaku kekerasan
 - b. Askep klien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi
 - c. Askep klien dengan isolasi social
 - d. Askep klien dengan harga diri rendah
 - e. Askep klien dengan deficit perawatan diri
5. keperawatan kedaruratan psikiatri pada area intensif psikiatri
6. Terapi pada keperawatan jiwa : isolasi, TAK

BAB V

TATA TERTIB

1. **Mahasiswa Wajib Hadir** 100% + BerEtika (Bersikap dan berbicara sopan)
+ Ketepatan waktu : datang, penyerahan Tugas
2. Apabila **Mahasiswa bersikap/bertutur kata yang tidak baik atau membuat onar dikampus / lahan Praktik**, maka mahasiswa tidak diperbolehkan mengikuti kegiatan perkuliahan / Praktek dan dinyatakan **TIDAK LULUS**.
1. Mahasiswa diwajibkan datang ke ruangan di lahan praktek pada jam 07.00 dan pulang jam 14.30
2. Mahasiswa diwajibkan mengisi daftar hadir kegiatan orientasi klinik keperawatan jiwa yang ada di ruangan. Kelalaian mengisi daftar hadir dianggap sebagai ketidakhadiran
3. Mahasiswa diwajibkan untuk mengenakan seragam sesuai ketentuan akademik. Ketidaklengkapan dalam memakai atribut diperhitungkan ke dalam penilaian evaluasi penampilan klinik
4. Bila ada mahasiswa yang tidak masuk dinas, dikenakan ketentuan sebagai berikut :
 - a. Alasan jelas dan dapat diterima, maka harus melaporkan kepada pembimbing klinik dan wajib mengganti praktek setelah waktu praktek selesai
 - b. Tanpa alasan yang jelas, mahasiswa wajib mengganti satu hari ketidakhadiran dengan tiga hari praktek
 - c. Mahasiswa diwajibkan mengikuti kegiatan pre dan post conference kecil maupun besar
 - d. Mahasiswa diharapkan untuk dapat melakukan kerjasama yang harmonis dengan klien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lainnya
 - e. Mahasiswa tidak diperkenankan meninggalkan tempat praktek tanpa sepengetahuan pembimbing praktek
 - f. Mahasiswa diharuskan melaksanakan kegiatan yang telah ditentukan oleh pihak akademik dan bidang diklat rumah sakit

- g. Mahasiswa diharuskan menggunakan waktu semaksimal mungkin untuk mempelajari kasus yang ada
- h. Mahasiswa yang tidak membuat ADL,LP dan SP tidak diperkenankan mengikuti kegiatan praktek pada hari itu dan tidak berhak mendapatkan nilai sesuai dengan presentase yang ditentukan dalam komponen evaluasi
- i. Bila membawa pasien untuk berinteraksi di luar ruangan harus seijin perawat ruangan dan setelah selesai harap diserahkan kepada perawat ruangan kembali
- j. Hasil pengkajian sampai dengan evaluasi dikonsultasikan kepada pembimbing yang telah ditunjuk
- k. Bila akan shalat atau meninggalkan ruangan harus ada ijin dari pembimbing ruangan

BAB VI

PENUGASAN DAN TEMPAT PRAKTEK

1. Target Kompetensi

No	Tugas	Jumlah	Keterangan
1.	LP dan laporan Askep lengkap RS	2 kali	LP dibawa pada hari pertama mengambil kasus
2.	Laporan Askep Resume RS	4 kali	Pada kasus resume yang diambil
3.	Laporan Strategi Pelaksanaan	12 kali	Pada kasus kelolaan yang diambil
4.	Bed Side Teaching Individu	1 kali	Sebagai presenter kasus kelolaan yang diambil
5.	Ronde	1 kali	Pada kasus kelolaan ataupun resume yang diambil
6.	Presentasi Kasus	1 kali	Tugas kelompok
7.	Terapi Aktivitas Kelompok	1 kali	Tugas Kelompok
8.	Ujian Akhir Stase	1 kali	Dilaksanakan di RS

2. Tempat Praktek

Praktek keperawatan jiwa dilaksanakan di RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor, pada ruang perawatan jiwa.

3. Waktu Praktek

Praktek keperawatan jiwa dilaksanakan di Semester TK III / Semester VI.

BAB VII

EVALUASI

A. Pengertian

Evaluasi adalah suatu upaya membandingkan hasil pengukuran terhadap patokan atau bahan pembanding yang sudah dibakukan dan hasilnya dinyatakan dengan lambang yang menyatakan nilai tertentu. Evaluasi pada kegiatan praktik klinik dilakukan terhadap kinerja klinik dan laporan pada setiap area praktik.

B. Jenis Evaluasi

1. Penampilan klinik (dilakukan oleh pembimbing ruangan)
2. Keterampilan dalam penerapan proses keperawatan (dilaksanakan oleh pembimbing ruangan dan pembimbing pendidikan)
3. Pendokumentasian asuhan keperawatan

C. Nilai Evaluasi

- | | | |
|----|-----------------------------------|-------|
| 1. | Buku Kerja | : 10% |
| 2. | SOCA (Student Oral Chase Analyze) | : 10% |
| 3. | Seminar Kasus Kelompok | : 20% |
| 4. | Penampilan Klinik | : 30% |
| 5. | Supervisi | : 15% |
| 6. | Laporan Kasus / Portofolio | : 15% |

D. Klasifikasi nilai

Batas kelulusan kegiatan pengalaman belajar lapangan keperawatan jiwa adalah 70%.

LAMPIRAN



STIKESWIJAYA HUSADA BOGOR
Jl. Letjend Ibrahim Adjie No.180, Bogor - Email: wijayahusada@gmail.com
Telp (0251) 862 3348 / 0852 1670 1658

PRAKTEK KEPERAWATAN JIWA PRODI DIII KEPERAWATAN Tahun Ajar:

RUANGAN :.....

RS/ RB/ BPS/ PKM :.....

PERIODE :TGL.....s.d. TGL.....(Minggu Ke :....)

NO	NAMA MAHASISWA	NIM	KRITERIA PENILAIN (NILAI 0-100)												NILAI RATA-RATA
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															

KETERANGAN KRITERIA PENILAIAN :

1. Pre + Post Conference
2. Kejujuran
3. Kehadiran
4. Laporan dokumentasi asuhan keperawatan
5. Pencapaian target
6. Penilaian penampilan klinik
7. Penilaian tindakan keperawatan
8. Penilaian LP
9. Penilaian responsi
10. Penilaian makalah kelompok
11. Penilaian seminar
12. Penilaian pendidikan kesehatan

NILAI RATA-RATA =

NILAI 1+ N2++N12

12

.....,201.....

Instruktur Kilink

(CI)

(_____)

Nilai Batas Lulus (NBL) adalah 70 (B)

NILAI HURUF		ANGKA MUTU
A	80-100	4,00
A-	77-79	3,75
B+	73-76	3,50
B	70-72	3,00
B-	66-69	2,75
C+	61-65	2,50
C	56-60	2,00
D	46-55	1,00
E	0-45	0,00
F (Tertunda)		Tidak Lengkap

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

RUANGAN RAWAT _____ TANGGAL DIRAWAT _____

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : _____ (L/P) Tanggal Pengkajian : _____
Umur : _____ RM No. : _____
Informan : _____

II. ALASAN MASUK

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ? ☐ Ya ☐ Tidak

2. Pengobatan sebelumnya. ☐ il k ☐ berhasil ti ☐ hasil

3.	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
Aniaya fisik			
Aniaya seksual			
Penolakan			
Kekerasan dalam keluarga			
Tindakan kriminal			

Jelaskan No. 1, 2, 3 :

Masalah Keperawatan : _____

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ☐ Ya ☐ Tidak

Hubungan keluarga

Gejala

Riwayat pengobatan/perawatan

Masalah Keperawatan : _____

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Masalah Keperawatan _____

IV. FISIK

1. Tanda vital : TD : _____ N : _____ S : _____ P : _____
2. Ukur : TB : _____ BB : _____

3. Keluhan fisik : Ya ☐ Ti ☐

Jelaskan : _____

Masalah keperawatan : _____

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

2. Konsep diri

a. Gambaran diri : _____

b. Identitas : _____

c. Peran : _____

d. Ideal diri : _____

e. Harga diri : _____

Masalah Keperawatan : _____

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti : _____

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat : _____

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain : _____

Masalah keperawatan: _____

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan : _____

b. Kegiatan ibadah : _____

Masalah Keperawatan _____

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan

Tid pi
tid sesuai
Pe naan pakaian
biasanya
Ca rpakaian tidak seperti

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

2. Pembicaraan

Ce Ke Ga In en
Al La M su Ti nampu memulai
pembicaraan

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

3. Aktivitas Motorik:

Le Te Ge As
Ti Gr en Tr K lsif

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

4. Alam perasaan

Se Ke tan Pu sa Kh ir Ge ra berlebihan

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

5. Afek

Da Tu l La Ti sesuai

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

6. Interaksi selama wawancara

be uhan k kooperatif M tersinggung
K mata (-) nsif Cu

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

7. Persepsi

Pe garan lihatan Pe n
Pe apen hidu

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

8. Proses Pikir

sin[]ansial []nsial ke[]gan asosiasi
fli[]f idea []king pe[]ngan pembicaraan/persevarasi

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

9. Isi Pikir

Ol[] [] Hi[]ndria
de[]nalisasi []ng terkait pi[]magis

Waham

Ag[] []atik Ke[]ran Cu[]
ni[]c [] pikir Si[]ir Ko[] pikir

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

10. Tingkat kesadaran

bi[]g []i stu[]
Disorientasi
wa[] []at or[]

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

11. Memori

Ga[]an daya ingat jangka panjang gan[]n daya ingat jangka pendek
ga[]an daya ingat saat ini kon[]asi

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

mu[]beralih [] mampu konsentrasi Ti[] mampu berhitung sederhana

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

13. Kemampuan penilaian

Ga[]an ringan ga[]an bermakna

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

14. Daya tilik diri

mengetahui penyakit yang diderita

mengetahui hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

Berapa minimal

Berapa total

2. BAB/BAK

Berapa minimal

Berapa total

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

3. Mandi

Berapa minimal

Berapa total

4. Berpakaian/berhias

Berapa minimal

Berapa total

5. Istirahat dan tidur

Tidur siang lama :s/d.....

Tidur malam lama :s/d.....

Kegiatan sebelum / sesudah tidur

6. Penggunaan obat

Berapa minimal

Berapa total

7. Pemeliharaan Kesehatan

Perawatan lanjutan

Ya

tidak

Perawatan pendukung

Ya

tidak

8. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan

Ya

tidak

Menjaga kerapian rumah

Ya

tidak

Mencuci pakaian

Ya

tidak

Pengaturan keuangan

Ya

tidak

9. Kegiatan di luar rumah

Belanja	Ya ☐	tidak ☐
Transportasi	☐ Ya	☐ tidak
Lain-lain	Ya ☐	tidak ☐

Jelaskan : _____
Masalah Keperawatan : _____

VIII. Mekanisme Koping

Adaptif	Maladaptif
Bi ☐ dengan orang lain	M ☐ alkohol
M ☐ menyelesaikan masalah	rea ☐ lambat/berlebih
Te ☐ relaksasi	be ☐ berlebihan
Al ☐ as konstruktif	me ☐ ndar
Ol ☐ ga	me ☐ erai diri
La ☐ a _____	lain ☐ : _____

Masalah Keperawatan : _____

IX. Masalah Psikososial dan Lingkungan:

M ☐ n dengan dukungan kelompok, spesifik _____

M ☐ n berhubungan dengan lingkungan, spesifik _____

M ☐ alah dengan pendidikan, spesifik _____

M ☐ n dengan pekerjaan, spesifik _____

M ☐ alah dengan perumahan, spesifik _____

M ☐ n ekonomi, spesifik _____

M ☐ alah dengan pelayanan kesehatan, spesifik _____

M ☐ n lainnya, spesifik _____

Masalah Keperawatan : _____

X. Pengetahuan Kurang Tentang:

Pe ☐ it jiwa sy ☐ pendukung

Fa ☐ presipitasi pe ☐ it fisik

Kc ☐ ob ☐ atan

La ☐ a : _____

Masalah Keperawatan : _____

Analisa Data

XI. Aspek Medik

Diagnosa Medik : _____

Terapi Medik : _____

Perawat,

(.....)

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Setiap melakukan pengkajian, tulis tempat klien dirawat dan tanggal dirawat.

I. Identitas

1. Perawat yang merawat klien melakukan pengenalan dan kontrak dengan Klien tentang :
nama perawat, nama klien, panggilan perawat, panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan.
2. Usia dan No RM $\longrightarrow$ Lihat RM
3. Mahasiswa menuliskan sumber data yang didapat.

II. Alasan Masuk

Tanyakan kepada klien / keluarga:

1. Apa yang menyebabkan klien / keluarga datang ke Rumah Sakit saat ini ?
2. Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini ?
3. Bagaimana hasilnya ?

III. Faktor Predisposisi

1. Tanyakan kepada Klien / keluarga apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, bila ya beri tanda " V " pada kotak " ya " dan bila tidak beri tanda " V " pada kotak " tidak ".

2. Apabila pada poin 1 " ya " maka tanyakan bagaimana hasil pengobatan sebelumnya apabila dia dapat beradaptasi di masyarakat tanpa gejala - gejala gangguan jiwa maka beri tanda " V " pada kotak " berhasil " apabila dia dapat beradaptasi tapi masih ada gejala - gejala sisa maka beri tanda " V " pada kotak " kurang berhasil " apabila tidak ada kemajuan atau gejala - gejala bertambah atau menetap maka beri tanda " V " pada kotak " tidak berhasil ".

3. Tanyakan pada klien apakah klien pernah melakukan dan atau mengalami dan atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal, beri tanda " V " sesuai dengan penjelasan klien / keluarga apakah klien sebagai pelaku dan atau korban, dan atau saksi, maka beri tanda " V " pada kotak pertama, isi usia saat kejadian pada kotak ke dua. Jika klien pernah sebagai pelaku dan korban dan saksi (2 atau lebih) tuliskan pada penjelasan.

- a. Beri penjelasan secara singkat dan jelas tentang kejadian yang dialami klien terkait No. 1,2,3.
- b. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

4. Tanyakan kepada klien / keluarga apakah ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa, jika ada beri tanda " V " pada kotak " ya " dan jika tidak beri tanda " V " pada kotak " tidak ".

Apabila ada anggota keluarga lama yang mengalami gangguan jiwa maka tanyakan bagaimana hubungan klien dengan anggota keluarga tersebut. Tanyakan apa gejala yang dialami serta riwayat pengobatan dan perawatan yang pernah diberikan pada anggota keluarga tersebut.

5. Tanyakan kepada klien/keluarga tentang pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan/ perpisahan/ kematian, trauma selama tumbuh kembang) Yang pernah dialami klien pada masa lalu.

IV. Fisik

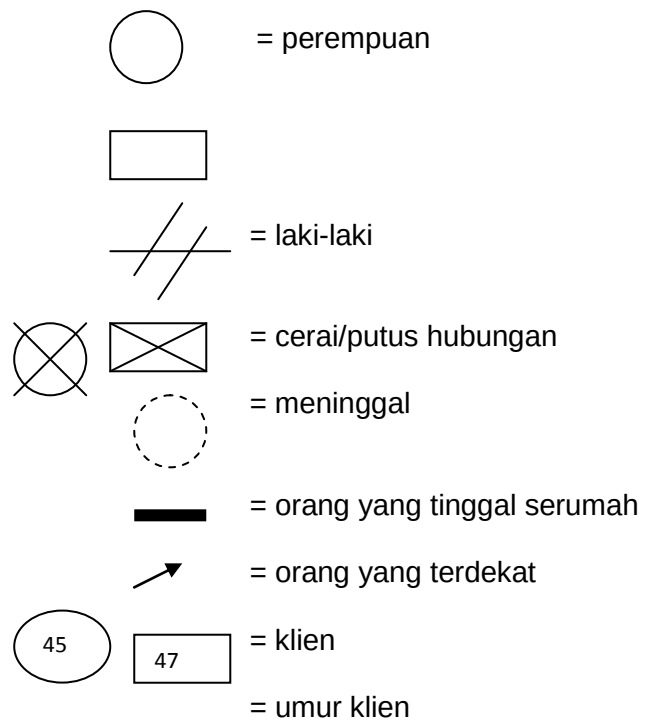
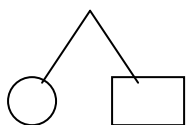
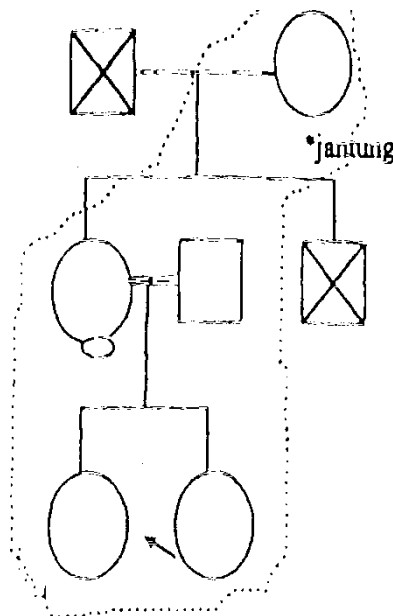
Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ;

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

V. Psikososial

1. Genogram

- a. Buatlah genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga.
contoh



- b. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.
- c. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

2. Konsep diri

a. Gambaran diri

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

b. Identitas diri, tanyakan tentang

- Status dan posisi klien sebelum dirawat.
- Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok).
- Kepuasan klien sebagai laki-laki/perempuan.
 - c. Peran: Tanyakan,
- Tugas/ peran yang diemban dalam keluarga/kelompok/ masyarakat
 - Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/ peran tersebut
- d. Ideal diri : Tanyakan,
- Harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas/peran.
- Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat)
- Harapan klien terhadap penyakitnya
- e. Harga diri : Tanyakan,
- Hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi no. 2 a, b, c, d.
 - Penilaian/ penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.
- f. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

3. Hubungan sosial

- a, Tanyakan pada klien siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau sokongan.
- b. Tanyakan pada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.
- c. Tanyakan pada klien sejauh mana ia terlibat dalam kelompok masyarakat. d Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data

4. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan : Tanyakan tentang:
 - Pandangan dan keyakinan, terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut.
 - Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa.
- b. Kegiatan ibadah : Tanyakan:
 - Kegiatan ibadah di rumah secara individu dan kelompok.
 - Pendapat klien/ keluarga tentang kegiatan ibadah.
- c. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data

VI. Status Mental

Beri tanda " V " pada kotak sesuai dengan keadaan klien boleh lebih dari satu

1. Penampilan.

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat / keluarga

- a. Penampilan tidak rapih jika dari ujung rambut sampai ujung kaki ada yang tidak rapih. Misalnya : rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak dikunci, baju terbalik, baju tidak diganti-ganti.

b. Penggunaan pakaian tidak sesuai misalnya : pakaian dalam, dipakai diluar baju.

- c. Cara berpakaian tidak seperti biasanya jika penggunaan pakaian tidak tepat (waktu, tempat, identitas, situasi/ kondisi).

a. Jelaskan hal-hal yang ditampilkan klien dan kondisi lain yang tidak tercantum.

- e. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

2. Pembicaraan

- a. Amati pembicaraan yang ditemukan pada klien, apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis dan atau lambat

- b. Bila pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain yang tak ada kaitannya beri tanda " V " pada kotak inkoheren.
- c. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.
- d. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

3. Aktivitas motorik

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/ keluarga.

- a. Lesu, tegang, gelisah sudah jelas.
- b. Agitasi = gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan,
 - c. Tik = gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol.
 - d. Grimasen = gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat Dikontrol klien.
- e. Tremor = jari- jari yang tampak gemetar ketika klien menjulurkan tangan dan merentangkan jari-jari.
- f. Kompulsif = kegiatan yang dilakukan berulang-ulang dan seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan dan sebagainya.
- g. Jelaskan aktivitas yang ditampilkan klien dan kondisi lain yang tidak tercantum.
- h. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

4. Alam perasaan.

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat / keluarga.

- a. Sedih, putus asa, gembira yang berlebihan sudah jelas
- b. Ketakutan = objek yang ditakuti sudah jelas.
- c. Khawatir = objeknya belum jelas.
- d. Jelaskan kondisi klien yang tidak tercantum.
- e. Masalah keperawatan ditulis sesuai data.

5. Afek

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

- a. Datar = tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.

- b. Tumpul = hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat.
- c. Labil = emosi yang cepat berubah-ubah.
- d. Tidak sesuai = emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada.
- e. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.
- f. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

6. Interaksi selama wawancara

Data ini didapatkan melalui hasil wawancara dan observasi perawat dan keluarga

- a. Bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung sudah jelas.
- b. Kontak mata kurang - tidak mau menatap lawan bicara.
- c. Defensif - selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya.
- d. Curiga - menunjukkan sikap/ perasaan tidak percaya pada orang lain
- e. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.
- f. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

7. Persepsi.

- a. Jenis-jenis halusinasi sudah jelas, kecuali penghidu sama dengan penciuman.
- b. Jelaskan isi halusinasi, frekuensi, gejala yang tampak pada saat klien berhalusinasi.
- c. Masalah keperawatan sesuai dengan data

8. Proses pikir

Data diperoleh dari observasi dan saat wawancara

- a. Sirkumstansial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan.
- b. Tangensial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan.
- c. Kehilangan asosiasi : pembicaraan tak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya, dan klien tidak menyadarinya.
- d. Flight of ideas : pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan.
- e. Bloking : pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.
- f. Perseverasi : pembicaraan yang diulang berkali-kali.
- g. Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara.
- h. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

9. Isi pikir.

Data didapatkan melalui wawancara.

- a. Obsesi : pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha menghilangkannya.
- b. Phobia : ketakutan yang patologis/ tidak logis terhadap objek/ situasi tertentu.
- c. Hipokondria : keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada.
- d. Depersonalisasi : perasaan klien yang asing terhadap diri sendiri, orang atau lingkungan.
- e. Ide yang terkait : keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi lingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya.
- f. Pikiran magis : keyakinan klien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil/ diluar kemampuannya.
- g. Waham.

- Agama : keyakinan klien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
- Somatik : klien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
- Kebesaran : klien mempunyai keyakinan yang berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
- Curiga : klien mempunyai keyakinan bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
- Nihilistik : klien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia/ meninggal yang dinyatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.

Waham yang bizar

- Sisip pikir : klien yakin ada ide pikiran orang lain yang disisipkan didalam pikiran yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
- siar pikir : klien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun dia tidak menyatakan kepada orang tersebut yang dinyatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
- Kontrol pikir : klien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar.

- h. Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara.
- i. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

10. Tingkat kesadaran

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

- a. Bingung . tampak bingung dan kacau.
- b. Sedasi : mengatakan merasa melayang-layang antara sadar/ tidak sadar.
 - c. Stupor : gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang diulang, anggota tubuh klien dapat dikatakan dalam sikap canggung dan dipertahankan klien, tapi klien mengerti semua yang terjadi dilingkungan.
 - d. Orientasi waktu, tempat, orang jelas
 - e. Jelaskan data objektif dan subjektif yang terkait hal-hal diatas.
 - f. Masalah keperawatan sesuai dengan data.
- g. Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara

11. Memori.

Data diperoleh melalui wawancara

- a. Gangguan daya ingat jangka panjang : tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan
- b. Gangguan daya ingat jangka pendek : tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir.
- c. Gangguan daya ingat saat ini : tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi.
- d. Konfabulasi : pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.
- e. Jelaskan sesuai dengan data terkait.
- f. Masalah keperawatan sesuai dengan data

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Data diperoleh melalui wawancara

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

13. Kemampuan penilaian

- a. Gangguan kemampuan penilaian ringan: dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Contoh : berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, klien dapat mengambil keputusan.
- b. Gangguan kemampuan penilaian bermakna : tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. Contoh : berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan klien masih tidak mampu mengambil keputusan.
- c. Jelaskan sesuai dengan data terkait.
- d. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

14. Daya tilik diri

Data diperoleh melalui wawancara

- a. Mengingkari penyakit yang diderita : tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik, emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan
- b. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya : menyalahkan orang lain/ lingkungan yang menyebabkan kondisi saat orang lain/ lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.
- c. Jelaskan dengan data terkait.
- d. Masalah keperawatan sesuai dengan data

VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

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

2. BAB/BAK,

Observasi kemampuan klien untuk BAB / BAK.

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

3. Mandi

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

4. Berpakaian

- a. Observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih dan mengenakan pakaian dan alas kaki.
- b. Observasi penampilan dandanan klien.
- c. Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian.
- d. Nilai kemampuan yang harus dimiliki klien: mengambil, memilih dan mengenakan pakaian.

5. Istirahat dan tidur

Observasi dan tanyakan tentang:

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

6. Penggunaan obat

Observasi dan tanyakan kepada klien dan keluarga tentang:

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

7. Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan kepada klien dan keluarga tentang:

- Apa, bagaimana, kapan dan kemana, perawatan dan pengobatan lanjut.
- Siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.

8. Kegiatan di dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam:

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

9. Kegiatan di luar rumah

Tanyakan kemampuan klien

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

VIII. Mekanisme Koping

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

IX. Masalah Psikososial dan Lingkungan

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

X. Pengetahuan

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

XI. Aspek Medik

Tuliskan diagnosa medik klien yang telah dirumuskan oleh dokter yang merawat. Tuliskan obat-obatan klien saat ini, baik obat fisik, psikofarmaka dan terapi lain.

XII. Daftar Diagnosis Keperawatan

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

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

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN (Contoh)
KLIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH

Nama Klien :
 RM No. :

DX Medis :

Tgl	No Dx	Dx Keperawatan	Perencanaan		
			Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
		Gangguan konsep diri : Harga diri rendah.	TUM: Klien mempunyai harga diri TUK: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.	1. Setelah ... kali interaksi, klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.	1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik : ▪ Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal. ▪ Perkenalkan diri dengan sopan. ▪ Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien. ▪ Jelaskan tujuan pertemuan. ▪ Jujur dan menepati janji. ▪ Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya. ▪ Beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar klien.
			2. Klien dapat mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki.	2. Setelah ... kali interaksi klien menyebutkan: ○ Aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien. ○ Aspek positif keluarga. ○ Aspek positif lingkungan klien.	2.1. Diskusikan dengan klien tentang: ▪ Aspek positif yang dimiliki klien, keluarga, lingkungan. ▪ Kemampuan yang dimiliki klien. 2.2 Bersama klien buat daftar tentang: ▪ Aspek positif klien, keluarga, lingkungan. ▪ Kemampuan yang dimiliki klien. 2.3. Beri pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negatif.

Tgl	No Dx	Dx Keperawatan	Perencanaan		
			Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
			3. Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan	3. Setelah ... kali interaksi klien menyebutkan kemampuan yang dapat dilaksanakan.	3.1. Diskusikan dengan klien kemampuan yang dapat dilaksanakan. 3.2. Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya.
			4. Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki	4. Setelah ... kali interaksi klien membuat rencana kegiatan harian	4.1. Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan klien: ▪ kegiatan mandiri. ▪ kegiatan dengan bantuan. 4.2. Tingkatkan kegiatan sesuai kondisi klien. 4.3. Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat klien lakukan.
			5. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat.	5. Setelah ... kali interaksi klien melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat.	Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan. Pantau kegiatan yang dilaksanakan klien. Beri pujian atas usaha yang dilakukan klien. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang.
			6. Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada.	6. Setelah ... kali interaksi klien memanfaatkan sistem pendukung yang ada di keluarga.	6.1. Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah. 6.2. Bantu keluarga memberikan dukungan selama klien di rawat. 6.3. Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah.

CATATAN KEPERAWATAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DI RSJ/ RSU

Nama :

RM No.:

DIAGNOSIS	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI

Catatan: form ini digunakan untuk di rumah sakit jiwa

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMULIR
CATATAN KEPERAWATAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DI RSJ/ RSU

1. Kolom diagnosis
2. Tulis nomor dan rumusan diagnosa
3. Kolom implementasi
4. Tulis tanggal dan jam dilakukannya tindakan
5. Tulis semua tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana:
 - Tindakan perawat
 - Tindakan perawat bersama klien
 - Tindakan perawat bersama keluarga.
 - Tindakan perawat bersama klien dan keluarga.
 - Tindakan perawat menyiapkan lingkungan keluarga.
 - Tindakan rujukan keperawataa
6. Kolom evaluasi.
 - a. Tulis semua respons klien/keluarga terhadap tindakan yang telah dilaksanakan, baik objektif maupun subjektif.
 - b. Analisa respons klien dengan mengaitkan pada diagnosa, data, dan tujuan jika ditemukan masalah baru maka dituliskan apakah akan dirumuskan diagnosa baru
 - c. Tuliskan rencana lanjutan, dapat berupa:
 - Rencana kegiatan untuk pasien sesuai dengan tindakan yang telah dilakukan
 - Merencanakan tindakan perawat untuk pertemuan berikut
7. Tulis nama jelas dan tanda tangan setiap selesai melaksanakan tindakan dan evaluasi.

1. Format Penilaian Pencapaian Target oleh CI Lapangan

NO	ASPEK PENILAIAN	KRITERIA				KET
		1	2	3	4	
1	Observasi (10%)					
2	Bimbingan (30%)					
3	Mandiri (60%)					
	JUMLAH					

$$\text{NILAI} = (\text{N1} \times 10\%) + (\text{N2} \times 30\%) + (\text{N3} \times 60\%)$$

=.....

=.....

Kriteria :

1 = Kurang

2 = Cukup

3 = Baik

4 = Sangat Baik

Bogor,201..

Mengetahui,

Pembimbing Akademik

Pembimbing Klinik

(.....)

(.....)

FORMAT PENILAIAN KELOMPOK

1. Format Penilaian Laporan / Makalah

KELOMPOK :

NAMA MAHASISWA : 1.....

2.....

3.....

NO	ASPEK	PENILAIAN				KET
		1	2	3	4	
1	Sistematika penulisan makalah					
2	Penggunaan bahasa dan ejaan sesuai dengan kaidah EYD					
3	Kesesuaian topik dan isi makalah					
4	Kesinambungan alinea dan antar bab					
5	Penggunaan daftar pustaka					
	JUMLAH					

NILAI = $\frac{N1 + N2 + N3 + N4 + N5}{5}$ =

5

Keterangan :

1 = Kurang

2 = sedang

3 = Baik

4 = memuaskan

Bogor,201..

Mengetahui,

Pembimbing Akademik

Pembimbing Klinik

(.....)

(.....)

Lampiran - 4

2. Format Penilaian Seminar Laporan Kasus (Setelah Selesai)

KELOMPOK :

NAMA MAHASISWA : 1.....

2.....

3.....

NO	ASPEK	PENILAIAN				KET
		1	2	3	4	
1	Menjelaskan tujuan dan lingkup bahasan					
2	Kesinambungan penyaji dalam menjawab pertanyaan					
3	Distribusi Penyaji dalam menjawab pertanyaan					
4	Kemampuan dalam memberikan jawaban					
5	Kemampuan dalam memotivasi peserta seminar					
6	Respon terhadap saran dan kritik					
	JUMLAH					

$$\text{NILAI} = \frac{N1 + N2 + N3 + N4 + N5 + N6}{6} = \dots\dots\dots$$

Keterangan :

1 = Kurang

2 = sedang

3 = Baik

4 = memuaskan

Bogor,201..

Mengetahui,

Pembimbing Akademik

Pembimbing Klinik

(.....)

(.....)

Lampiran-5

FORMAT PENILAIAN TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK

N O	ASPEK YG DINILAI	INDIKATOR PENILAIAN	NILAI				
			0	1	2	3	4
1.	Perencanaan	1. Mengidentifikasi tujuan umum dan tujuan khusus dari aktivitas yg dilakukan 2. Memelihara kegiatan disesuaikan dg klien 3. Merencanakan waktu yg dipakai 4. Mempersiapkan lingkungan					
2.	Pelaksanaan	1. Mendorong klien untuk bergabung dalam kegiatan 2. Mendorong klien berperan serta dalam beraktivitas 3. Mengatasi masalah yg timbul dalam kegiatan 4. Menerima ide dari peserta, teman atau perawat					
3.	Evaluasi	1. Mengevaluasi klien terhadap kegiatan yg telah dilakukan 2. Melakukan penilaian terhadap keberhasilan rencana tindakan keperawatan 3. Modifikasi rencana keperawatan berdasarkan evaluasi 4. Mendokumentasikan kegiatan evaluasi					

Nilai : Jumlah nilai
Jumlah aspek yang dinilai

Bogor, 2017
Pembimbing

(-----)



PRODI D3 KEPERAWATAN STIKES WIJAYA HUSADA BOGOR

[illegible]

FORMAT RENCANA KEGIATAN

[illegible]

Lampiran-8

FORMAT BUKU KEGIATAN HARIAN

NO.	TGL/JAM	TEMPAT	KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN	HASIL KEGIATAN	TTD MHS	TTD CI

FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN

A. Masalah utama

B. Proses Terjadinya Masalah

1. Definisi
2. Tanda dan gejala
3. Rentang respon
4. Faktor predisposisi
5. Faktor presipitasi
6. Sumber koping
7. Mekanisme koping

C. Pohon Masalah

D. Masalah Keperawatan yg mungkin muncul

E. Data yg perlu dikaji

Masalah Keperawatan	Data yg perlu dikaji
	Subjektif : Objektif :

F. Diagnosa Keperawatan

G. Rencana Tindakan Keperawatan

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Masalah :

Pertemuan :

a. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

- Data Subjektif :
- Data Objektif :

2. Diagnosa Keperawatan

3. Tujuan Khusus

4. Tindakan Keperawatan

b. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Fase orientasi

- Salam terapeutik :
- Evaluasi / validasi :
- Kontrak (topic,waktu,tempat) :
- Tujuan :

2. Fase Kerja

c. Fase Terminasi

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

- Evaluasi subjektif
- Evaluasi objektif

2. Rencana tindak lanjut

3. Kontrak yang akan datang (topic, waktu, tempat)

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA

RUANGAN RAWAT _____ TANGGAL DIRAWAT _____

I. Identitas Klien

Inisial : _____ (L/P) Tanggal Pengkajian: _____
 Umur : _____ RM No. : _____
 Informan : _____

II. ALASAN MASUK

III. FAKTOR PREDISPOSISI

- Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu : ☐ Ya ☐ Tidak
- Pengobatan sebelumnya : ☐ Berhasil ☐ kurang berhasil ☐ tidak berhasil

3.	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
Aniaya fisik			
Aniaya seksual			
Penolakan			
Kekerasan dalam keluarga			
Tindakan kriminal			

Jelaskan No. 1, 2, 3 :

Masalah Keperawatan : _____

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ☐ Ya ☐ Tidak

Hubungan keluarga
pengobatan/perawatan

Gejala

Riwayat

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Masalah Keperawatan :

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Masalah Keperawatan

IV. FISIK

1. Tanda vital : TD : _____ N : _____ S : _____ P : _____

2. Ukur : TB : _____ BB : _____

3. Keluhan fisik : ☐ Ya ☐ Tidak

Jelaskan : _____

Masalah keperawatan :

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram

Jelaskan

Masalah Keperawatan :

2. Konsep diri

a. Gambaran diri

b. Identitas

c. Peran

d. Ideal diri

e. Harga diri

Masalah Keperawatan :

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti :

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat : _____

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain : _____

Masalah keperawatan:

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan : _____

b. Kegiatan ibadah : _____

Masalah Keperawatan :

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan

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

Jelaskan :

—

Masalah Keperawatan :

2. Pembicaraan

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

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan :

3. Aktivitas Motorik:

- ☐ Lesu ☐ Tegang ☐ Gelisah ☐ Agitasi
☐ Tik ☐ Grimasen ☐ Tremor ☐ Kompulsif

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan :

4. Alam perasaan

- ☐ Sedih ☐ Ketakutan ☐ Putus asa ☐ Khawatir ☐ Gembira berlebihan

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan :

5. Afek

- ☐ Datar ☐ Tumpul ☐ Labil ☐ Tidak sesuai

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan :

6. Interaksi selama wawancara

- ☐ bermusuhan ☐ Tidak kooperatif ☐ Mudah tersinggung
☐ Kontak mata (-) ☐ Defensif ☐ Curiga

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan :

7. Persepsi

☐ Pendengaran ☐ Penglihatan ☐ Perabaan ☐ Pengecapan ☐ Penghidu

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan :

8. Proses Pikir

☐ sirkumtansial ☐ tangensial ☐ kehilangan asosiasi
☐ flight of idea ☐ blocking ☐ pengulangan pembicaraan/persevarasi

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan :

9. Isi Pikir

☐ Obsesi ☐ Fobia ☐ Hipokondria ☐ depersonalisasi
☐ Ide yang terkait ☐ Pikiran magis

Waham

☐ Agama ☐ Somatik ☐ Kebesaran ☐ Curiga
☐ Nihilistic ☐ Sisip pikir ☐ Siar pikir ☐ Kontrol pikir

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan :

10. Tingkat kesadaran

☐ Bingung ☐ Sedasi ☐ Stupor

Disorientasi

☐ Waktu ☐ Tempat ☐ Orang

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan :

11. Memori

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

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan :

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- ☐ Mudah beralih ☐ Tidak mampu konsentrasi ☐ Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan :

13. Kemampuan penilitan

- ☐ Gangguan ringan ☐ Gangguan bermakna

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan :

14. Daya tilik diri

- ☐ mengingkari penyakit yang diderita ☐ menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan :

VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

☐☐

Bantuan minimal

Bantuan total

2. BAB/BAK

☐

Bantuan minimal

☐

Bantuan total

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan :

3. Mandi

☐

Bantuan minimal

☐

Bantuan total

4. Berpakaian/berhias

☐

Bantuan minimal

☐

Bantuan total

5. Istirahat dan tidur

☐

Tidur siang lama :s/d.....

☐

Tidur malam lama :s/d.....

☐

Kegiatan sebelum / sesudah tidur

6. Penggunaan obat

☐

Bantuan minimal

☐

Bantuan total

7. Pemeliharaan Kesehatan

Perawatan lanjutan : ☐ Ya ☐ tidak

Perawatan pendukung : ☐ Ya ☐ tidak

8. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan : ☐ Ya ☐ tidak

Menjaga kerapian rumah : ☐ Ya ☐ tidak

Mencuci pakaian : ☐ Ya ☐ tidak

Pengaturan keuangan : ☐ Ya ☐ tidak

9. Kegiatan di luar rumah

Belanja : ☐ Ya ☐ tidak

Transportasi : ☐ Ya ☐ tidak

Lain-lain : ☐ Ya ☐ tidak

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan :

VIII. Mekanisme Koping

Adaptif

☐ Bicara dengan orang lain

☐ Mampu menyelesaikan masalah

☐ Teknik relaksasi

☐ Aktivitas Konstruktif

☐ Olahraga

☐ Lainnya _____

Maladaptif

☐ Minum alkohol

☐ Reaksi lambat/berlebih

☐ Bekerja berlebihan

☐ Menghindar

☐ Mencederai Diri

☐ Lainnya : _____

Masalah Keperawatan :

IX. Masalah Psikososial dan Lingkungan:

- ☐ Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik _____
- ☐ Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik _____
- ☐ Masalah dengan pendidikan, spesifik _____
- ☐ Masalah dengan pekerjaan, spesifik _____
- ☐ Masalah dengan perumahan, spesifik _____
- ☐ Masalah ekonomi, spesifik _____
- ☐ Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik _____
- ☐ Masalah lainnya, spesifik _____

Masalah Keperawatan :

X. Pengetahuan Kurang Tentang:

- | | |
|---|---|
| ☐ Penyakit jiwa | ☐ system pendukung |
| ☐ Faktor presipitasi | ☐ penyakit fisik |
| ☐ Koping | ☐ obat-obatan |
| ☐ Lainnya : _____ | |

Masalah Keperawatan :

Analisa Data

XI. Aspek Medik

Diagnosa Medik :

Terapi Medik :

Perawat,

(.....)

FORMAT LAPORAN MAKALAH

Lembar Judul

Kata Pengantar

Daftar isi

BAB I : PENDAHULUAN

- A. Latar belakang
- B. Tujuan penulisan
- C. Ruang lingkup

BAB II : TINJAUAN TEORITIS

- 1. Definisi
- 2. Tanda dan gejala
- 3. Rentang respon
- 4. Faktor predisposisi
- 5. Faktor presipitasi
- 6. Sumber coping
- 7. Mekanisme coping
- 8. Pohon Masalah
- 9. Masalah Keperawatan yg mungkin muncul
- 10. Data yg perlu di kaji

BAB III : TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

- 1. Pengkajian
- 2. Diagnosa Keperawatan
- 3. Intervensi
- 4. Implementasi
- 5. Evaluasi

B. PEMBAHASAN

PEDOMAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN JIWA

Petunjuk :

1. Diagnosis keperawatan adalah pernyataan tunggal problem keperawatan
2. Untuk merumuskan diagnosis keperawatan maka menggunakan data mayor dan data minor
3. Data mayor adalah data yang harus ada untuk merumuskan diagnose keperawatan (minimal 1 data)
4. Data minor adalah data yg boleh ada, boleh tidak ada untuk merumuskan diagnose keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Deskripsi	Data Mayor	Data Minor
1.	Perilaku kekerasan	Kemarahan yg diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali baik secara verbal maupun tindakan dg mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan	Subyektif : • Mengancam • Mengumpat • Bicara keras dan kasar Obyektif : • Agitasi • Meninju • Membanting • Melempar	Subyektif : • Mengatakan ada yang mengejek, mengancam • Mendengar suara yg menjelekkan • Merasa orang lain mengancam dirinya Obyektif : • Menjauh dari orang lain • Katatonia
2.	Risiko perilaku kekerasan	Adanya kemungkinan mencederai orang lain dan merusak lingkungan akibat ketidakmampuan mengendalikan marah secara konstruktif	Subyektif : • Mengatakan pernah melakukan tindakan kekerasan • Informasi dari keluarga tindak kekerasan yg dilakukan oleh pasien	Subyektif : • Mendengar suara-suara • Merasa orang lain mengancam • Menganggap orang lain jahat

			Obyektif : • Ada tanda / jejas perilaku kekerasan pada anggota tubuh	Obyektif : • Tampak tegang saat bercerita • Pembicaraan kasar jika menceritakan marahnya
3.	Gangguan sensori persepsi : halusinasi	Gangguan persepsi dimana individu merasakan adanya stimulus melalui panca indera tanpa adanya rangsang nyata	Subyektif : • Mengatakan mendengar suara bisikan/melihat bayangan Obyektif : • Bicara sendiri • Tertawa sendiri • Marah tanpa sebab	Subyektif : • Mengatakan kesal • Menyatakan senang dengan suara-suara Obyektif : • Menyendiri • Melamun
4.	Isolasi social	Ketidakmampuan untuk membina hubungan yang intim, hangat, terbuka dan interdependen dengan orang lain	Subyektif : • Mengatakan malas berinteraksi • Mengatakan orang lain tidak mau menerima dirinya • Merasa orang lain tidak selevel Obyektif : • Menyendiri • Mengurung diri • Tidak mau bercakap-cakap dengan orang lain	Subyektif : • Curiga dengan orang lain • Mendengar suara-suara / melihat bayangan • Merasa tak berguna Obyektif : • Mematung • Mondar-mandir tanpa arah • Tidak berinisiatif berhubungan dg orang lain

5.	Harga diri rendah	Ide, pikiran perasaan yg negative tentang diri	Subyektif : • Mengeluh hidup tidak bermakna • Tidak memiliki kelebihan apapun • Merasa jelek Obyektif : • Kontak mata kurang • Tidak berinisiatif berinteraksi d g orang lain	Subyektif : • Mengatakan malas • Putus asa • Ingin mati Obyektif : • Tampak malas-malasan • Produktifitas menurun
6.	Defisit perawatan diri	Ketidakmampuan dalam menjaga kesehatan diri, termasuk menjaga kebersihan diri, makan-minum sehat, berdandan, mengatur tidur dan bekerja dan toileting	Subyektif : • Menyatakan malas mandi • Tidak tahu cara makan yg baik • Tidak tahu cara dandan yg baik • Tidak tahu cara eliminasi yg baik Obyektif : • Badan kotor • Dandanan tidak rapi • Makan berantakan • BAB / BAK sembarang tempat	Subyektif : • Merasa tak berguna • Merasa tak perlu mengubah penampilan • Merasa tidak ada yg peduli Obyektif : • Tidak tersedia alat kebersihan • Tidak tersedia alat makan • Tidak tersedia alat toileting
7.	Kerusakan komunikasi verbal	Ketidakmampuan menyampaikan menerima mengolah pesan, dan memberikan umpan balik yg sesuai terhadap pesan yg diterima	Subyektif : • Merasa kesal tak dimengerti • Merasa orang lain tidak peduli Obyektif : • Sirkumstansial • Tangensial • Inkoherensia • Blocking • Asosiasi longgar • Neologisme	Subyektif : • Merasa rendah diri • Merasa bingung Obyektif : • Kata-kata tak bisa dimengerti • Orang lain merasa tak bisa menangkap maksud klien

8.	Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif	Ketidakmampuan mematuhi program terapi yg telah ditentukan baik kualitas maupun kuantitasnya	Subyektif : • Mengatakan tidak ada perubahan • Mengatakan bosan minum obat • Mengatakan takut keracunan Obyektif : • Membuang obat • Perilaku tidak berubah • Waktu menunggu efek obat lama	Subyektif : • Tidak yakin obat bisa Menyembuhkan • Mempercayai pengobatan alternative Obyektif : • Ada obat yg seharusnya diminum • Kemajuan klien kurang
9.	Gangguan proses pikir : waham	Gangguan proses pikir yang ditandai dengan keyakinan tentang diri dan lingkungan yg menyimpang, dipertahankan secara kuat	Subyektif : • Merasa curiga • Merasa cemburu • Merasa diancam / diguna-guna • Merasa sebagai orang hebat • Merasa memiliki kekuatan luar biasa • Merasa sakit / rusak organ tubuh • Merasa sudah mati obyektif : • Marah-marah tanpa sebab • Banyak kata • Menyendiri • Sirkumstansial • Inkoheren	Subyektif : • Merasa orang lain menjauh • Merasa tidak ada yg mau mengerti Obyektif • Marah-marah karena alasan sepele • Menyendiri
10.	Risiko bunuh diri	Adanya kemungkinan melakukan tindakan mencederai diri	Subjektif : • Mengatakan hidupnya tak berguna lagi • Ingin mati	Subjektif : • Mengatakan ada yg menyuruh bunuh diri • Mengatakan

		untuk tujuan kematian	• Menyatakan pernah mencoba bunuh diri • Mengancam bunuh diri Objektif : • Ekspresi murung • Tak bergairah • Ada bekas percobaan bunuh diri	lebih baik mati saja • Mengatakan sudah bosan hidup Objektif : • Perubahan kebiasaan hidup • Perubahan perangai
--	--	-----------------------	---	--

REKAPITULASI TARGET KOMPETENSI

A. Membuat Laporan Pendahuluan

No	Tanggal	Tempat	Nama Pasien	Pelaksanaan			Paraf CI
				Observasi	Di bimbing	Mandiri	

B. Membuat Asuhan Keperawatan

No	Tanggal	Tempat	Nama Pasien	Pelaksanaan			Paraf CI
				Observasi	Di bimbing	Mandiri	

C. Membuat Laporan Strategi Pelaksanaan

No	Tanggal	Tempat	Nama Pasien	Pelaksanaan			Paraf CI
				Observasi	Di bimbing	Mandiri	

D. Melakukan Bed Side Teaching Individu

No	Tanggal	Tempat	Nama Pasien	Pelaksanaan			Paraf CI
				Observasi	Di bimbing	Mandiri	

--	--	--	--	--	--	--	--

E. Melakukan Presentasi Kasus

No	Tanggal	Tempat	Nama Pasien	Pelaksanaan			Paraf CI
				Observasi	Di bimbing	Mandiri	

F. Melakukan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

No	Tanggal	Tempat	Nama Pasien	Pelaksanaan			Paraf CI
				Observasi	Di bimbing	Mandiri	

G. Melakukan Ujian / Supervisi

No	Tanggal	Tempat	Nama Pasien	Pelaksanaan			Paraf CI
				Observasi	Di bimbing	Mandiri	

LEMBAR KONSULTASI

NAMA MAHASISWA :

NIM :

DOSEN PEMBIMBING :

TEMPAT PRAKTIK :

No.	Hari/Tgl	Topik konsultasi	Tindak Lanjut	Paraf Pembimbing

BUKU PANDUAN PRAKTIK KLINIK

KEPERAWATAN JIWA

Ns. Satrio Kusumo Lelono, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

Buku ini berisi tentang ketrampilan dasar yang harus dikuasai mahasiswa selama mengikuti Praktik Klinik Keperawatan Jiwa dalam rangkaian program akademik Sarjana Keperawatan, yang meliputi ketrampilan-ketrampilan dan kometensi serta SOP yang harus dikuasai mahasiswa yang berkaitan dengan Keperawatan Jiwa selama praktik klinik.

ISBN 978-602-5982-38-5

