

# BUKU PANDUAN PROFESI NERS KEPERAWATAN JIWA

**Disusun Oleh :**

Nesti Sinaga, S.Kp, M.Kes.  
Ns. Diah Sukaesti, S.Kep.  
Widaningsih, S.Kp, M.Kep.

PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS ESA UNGGUL JAKARTA  
2014-2015



## **Panduan Praktek Keperawatan Jiwa Program Pendidikan Profesi Ners**

**Nama :**  
**NIM :**  
**Program :**

**Program Studi Ners  
Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan  
Universitas Esa Unggul Jakarta  
2014-2015**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga Buku Panduan Praktik Klinik Profesi Keperawatan Jiwa pada Program Pendidikan Profesi Ners Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul Jakarta TA 2014-2015 ini berhasil diterbitkan.

Buku Panduan Praktik Profesi Ners Keperawatan Jiwa ini disusun untuk membantu mahasiswa mencapai kompetensi klinik yang telah ditetapkan sehingga diharapkan mahasiswa memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk dapat menerapkan asuhan keperawatan jiwa sesuai aspek legal dan etik, serta menggunakan hasil penelitian terkini yang berkaitan dengan keperawatan jiwa.

Buku Panduan Praktik Profesi Ners Keperawatan Jiwa ini merupakan panduan dalam melaksanakan pembelajaran pada praktik klinik profesi Keperawatan Jiwa, melalui kegiatan yang terstruktur bersama preceptor, baik secara kelompok dan/atau mandiri. Buku Panduan ini berisi tentang informasi umum, kompetensi, pelaksanaan praktik dan evaluasi, serta lampiran format pengkajian, format penilaian, laporan dan lain-lain.

Buku panduan ini juga diperuntukkan bagi pembimbing dari lahan praktik maupun akademik sebagai panduan selama pelaksanaan praktik klinik profesi keperawatan jiwa. Masukan dari berbagai pihak terkait sangat kami harapkan untuk kesempurnaan buku panduan ini selanjutnya. Terima kasih, semoga buku panduan ini bermanfaat.

Jakarta, Januari 2014  
Tim Penyusun

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I PENDAHULUAN.....	I
A. Deskripsi Mata Ajar.....	I
B. Bobot SKS dan Lama Praktek Klinik.....	I
C. Tempat Praktek.....	I
BAB II TUJUAN DAN KOMPETENSI.....	2
A. Tujuan.....	2
B. Kompetensi.....	2-5
BAB III PELAKSANAAN KEGIATAN PRAKTIK PROFESI .....	6
A. Mekanisme Pembelajaran .....	6
B. Metode Pembelajaran Klinik.....	7
C. Model Pembelajaran Praktik.....	8
D. Strategi Pembelajaran Klinik.....	8-9
BAB IV EVALUASI.....	10
A. Ketentuan Evaluasi.....	10
B. Komponen Evaluasi.....	11
C. Kriteria Kelulusan .....	11
BAB V PERATURAN PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI.....	12
A. Peserta.....	12
B. Ketentuan Seragam dan Atribut.....	12
C. Ketentuan Umum.....	12
D. Ketentuan Khusus.....	13
E. Tugas Pembimbing Klinik (Akademik atau Ruangan).....	13
DAFTAR PUSTAKA.....	14
LAMPIRAN .....	15

# BAB I

## PENDAHULUAN

MATA AJAR : KEPERAWATAN JIWA  
PROGRAM STUDI : PROFESI NERS  
BEBAN STUDI : 2 SKS  
KOORDINATOR :  
TIM PEMBIMBING :  
1. Tim Pembimbing UEU  
2. Tim Pembimbing RSJSH

### A. Deskripsi Mata Ajar

Praktik klinik profesi Ners mata ajar keperawatan jiwa merupakan program praktik profesi yang mengantarkan mahasiswa beradaptasi untuk menerima pen delegasian secara bertahap dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa yang diberikan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik yang bersifat preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Praktik profesi mata ajar ini berfokus pada penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah kesehatan jiwa dalam konteks keluarga dan masyarakat menggunakan hubungan terapeutik dan penerapan terapi modalitas keperawatan.

### B. Bobot SKS dan Lama Praktek Klinik

1. Bobot Sks : 2 SKS.
2. Lama Praktek Klinik
  - a. Kurang lebih 98 Jam (14 hari), dengan asumsi lama praktik enam hari dinas (hari Senin sampai Sabtu) dalam satu minggu selama 7 jam tiap kali dinas/jaga, hari libur nasional mhs/praktikan libur.
  - b. Dinas : Pagi hari (pukul 07.00 S.D 14.00) atau siang/sore hari (pukul 14.00 s.d 20.00).

### C. Tempat Praktek

Praktik klinik profesi Keperawatan Jiwa ini dilaksanakan di Rumah Sakit Pendidikan didasarkan pada ketersediaan kasus keperawatan jiwa sesuai kompetensi yang akan dicapai, ketersediaan pembimbing klinik yang sesuai standar. Adapun Rumah Sakit yang digunakan adalah Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan, jenis ruangan yang digunakan adalah ruangan yang memungkinkan peserta didik/mahasiswa mempelajari tentang pendekatan proses keperawatan pada kasus kesehatan jiwa sesuai ruang lingkup kompetensi Keperawatan Jiwa.

## BAB II TUJUAN DAN KOMPETENSI

### A. TUJUAN

#### I. Tujuan Umum

Mahasiswa dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada klien (pasien dan keluarga) dengan masalah gangguan jiwa yang ada di wahana praktik.

#### 2. Tujuan Khusus

Mahasiswa dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan : Harga diri rendah, halusinasi, waham, resiko/perilaku kekerasan, isolasi sosial, defisit perawatan diri dan terapi modalitas

### B. KOMPETENSI

#### I. Kompetensi Umum

- a. Mampu melakukan pra interaksi sehingga memungkinkan penggunaan diri secara terapeutik ketika berhubungan dengan klien
- b. Mampu membina dan memelihara hubungan terapeutik dengan klien
- c. Mampu mengkaji kebutuhan dan masalah kesehatan klien
- d. Mampu merumuskan rencana keperawatan (diagnosa keperawatan, tujuan, kriteria evaluasi dan tindakan) dalam meningkatkan kesehatan jiwa individu dan keluarga
- e. Mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan serta berbagai terapi modalitas keperawatan
- f. Mampu menggunakan upaya prevensi primer, sekunder dan tertier dalam tindakan keperawatan
- g. Mampu menggunakan sumber daya : kerjasama interdisiplin, keluarga dan fasilitas di masyarakat dalam melaksanakan tindakan keperawatan
- h. Mampu mengevaluasi proses dan hasil dari implementasi tindakan keperawatan serta melakukan tindak lanjut
- i. Mampu mendokumentasikan proses keperawatan dengan menggunakan format-format yang telah ditentukan

## 2. Kompetensi Khusus

PERAN	TUGAS	KETERAMPILAN	EVALUASI	
			METODE	ALAT UKUR
1. Mengelola askep pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan dasar psikososial akibat penyakit fisik dan gangguan jiwa.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pengkajian secara utuh</li> <li>Merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rancangan asuhan keperawatan &amp; evaluasi</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengeksplorasi data, memvalidasi data, menginterpretasi data</li> <li>Menganalisa tingkat kebutuhan dasar klien berdasarkan respon klien menentukan rencana tindakan keperawatan</li> <li>Pendelegasian dan kolaborasi dg profesi lain</li> <li>Mempertimbangkan aspek legal dan etik</li> <li>Memantau pelaksanaan tindakan keperawatan</li> <li>Menerapkan komunikasi terapeutik dalam upaya psikoterapi.</li> <li>Membuat API</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsi LP</li> <li>Responsi SP</li> <li>Observasi penampilan klinik</li> <li>Ujian klinik</li> <li>Dokumentasi askep</li> </ul>	Rating scale checklist
2. Mengelola terapi modalitas	1. Mengelola terapi kelompok	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengevaluasi perkemb. klien</li> <li>Melakukan seleksi klien.</li> <li>Menentukan modal dan metode terapi kelompok.</li> <li>Berperan sebagai leader, co leader, fasilitator dan observer pada kegiatan terapi kelompok</li> <li>Mengevaluasi dan mendokumentasikan kegiatan terapi kelompok.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proposal</li> <li>Responsi</li> <li>Observas</li> <li>Dokumentasi</li> </ul>	Rating scale checklist

3. Mengelola perencanaan pulang	2. Mengelola terapi lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merancang lingkungan yg terapeutik.</li> <li>• Membuat rencana terapi lingkungan.</li> <li>• Melaksanakan terapi lingkungan</li> <li>• Mengevaluasi pelaksanaan terapi lingkungan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proposal home visit</li> <li>▪ SAP (Satuan Acara Pembelajaran)</li> <li>▪ Responsi</li> <li>▪ Dokumentasi</li> </ul>	Rating scale checklis
	3. Mengelola terapi keluarga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkaji kebutuhan keluarga.</li> <li>• Membuat rencana terapi keluarga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proposal home visite</li> <li>▪ SAP (Satuan Acara Pembelajaran)</li> </ul>	Rating scale checklist
	4. Melaksanakan terapi keluarga okupasi & rehab melaksanakan terapi farmako & somatic melaksanakan terapi kognitif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membuat kontrak dg keluarga.</li> <li>• Melaksanakan terapi keluarga.</li> <li>• Mengevaluasi pelaksanaan terapi keluarga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Responsi</li> <li>▪ Dokumentasi</li> </ul>	
	1. Melaksanakan persiapan pulang klien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkaji kebutuhan persiapan pulang (identifikasi kemampuan klien dan keluarga).</li> <li>• Merancang kegiatan persiapan pulang (keterlibatan keluarga support sistem / masy, terapi modalitas)</li> <li>• Melaksanakan persiapan pulang (keterlibatan keluarga dan pelaksanaan terapi modalitas)</li> <li>• Mengevaluasi persiapan pulang (persiapan keluarga, kemampuan klien dan kesiapan masyarakat).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Responsi</li> <li>▪ Dokumentasi</li> </ul>	Rating scale checklis



<p>4. Mengelola pelaks.Kes. Jiwa masy.</p>	<p>1. Mengelola aspek kes jiwa masyarakat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mengkaji kebutuhan kes. jiwa masyarakat merancang kegiatan kes.jiwa masy (Prevensi primer, sekunder dan tersier)</li> <li>● Melaksanakan kes.jiwa masyarakat : prevensi primer (penemuan diagnose dini, penkes, promkes, peningkatan kesehatan).</li> <li>● Prevensi sekunder : Merujuk kasus yg ditemukan</li> <li>● Pelaksanaan terapi prevensi tersier : rehabilitasi long term care, perawatan kasus terminal.</li> <li>● Melakukan kerjasama lintas program dan lintas sektoral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planning</li> <li>▪ Responsi</li> <li>▪ Dokumentasi Penampilan klinik</li> </ul>	<p>Rating scale checklis</p>
--	---	--	---	------------------------------

# BAB III PELAKSANAAN KEGIATAN PRAKTIK PROFESI

## A. Mekanisme Pembelajaran

### 1. Persiapan

- a. Pertemuan dengan CI/pembimbing u/ menyepakati program dan tanggung jawab masing-masing.
- b. Penjelasan ttg tujuan, program kegiatan, penggunaan alat praktik dan berbagai pedoman yang akan diberlakukan.
- c. Perkenalan dg pembimbing/CI

### 2. Pelaksanaan

- a. Orientasi (wahana praktik, kegiatan keselamatan pasien, diri dan lingkungan, serta sikap perilaku sesuai kode etik profesi
- b. Kontrak belajar sesuai dg kompetensi yang harus dicapai
- c. Memperoleh sejumlah pasien
- d. Mengikuti ronde keperawatan/overan dinas dan refleksi kegiatan yang telah dijalani hari tersebut.
- e. Selama praktik (2 minggu) melakukan kegiatan :
  - 1) Melakukan kegiatan procedural keperawatan (pendelegasian kewenangan) dibawah supervisi pembimbing klinik lahan : Interaksi pada pasien dg masalah keperawatan HDR, isolasi sosial, halusinasi, resiko perilaku kekerasan, perilaku kekerasan, waham, resiko bunuh diri dan defisit perawatan diri , menggunakan strategi pelaksanaan komunikasi (SP 1).
  - 2) Memberikan asuhan keperawatan pasien secara utuh/ lengkap dan sistematis (kasus individu) menggunakan format Askep, minimal selama 3 hari, membuat API (fase orientasi, kerja, dan terminasi), evaluasi terakhir oleh pembimbing lahan dan akademik.
  - 3) Melakukan asuhan keperawatan pada 1 kasus (kasus kelompok), menggunakan format Askep, minimal selama 3 hari.
  - 4) Kegiatan lainnya :
    - Terapi Aktifitas Kelompok
    - Home visit sesuai kasus kelolaan
    - Seminar

## B. Metode Pembelajaran

1. *Pre dan post conference*
2. Tutorial individual yang diberikan preceptor
3. *Bedside teaching*
4. Diskusi kasus
5. Observasi
6. Penugasan klinik
7. Ronde keperawatan
8. Demonstrasi
- 9 *Case report* dan overan dinas
- 10 Pendelegasian kewenangan bertahap
- 11 Seminar kecil tentang klien atau ilmu dan teknologi kesehatan/keperawatan terkini
- 12 *Problem solving for better health (PSBH)*
- 13 Belajar mandiri dan belajar berinovasi dalam pengelolaan asuhan.

METODE	PELAKSANAAN	TEMPAT	EVALUASI
Konferensi - Pre - Post	Sebelum tindakan ke pasien Di akhir praktik	R. Diskusi	F1, F2
Diskusi kasus - Sederhana - Kompleks	Di akhir praktik	R. Diskusi	F2, F3, F4, F5, F6, F9
Ronde Kep/ Overan dinas	Dinas pagi atau sore	R. Rawat	
Supervisi	Beberapa kali waktu praktik	R. Rawat & Poli/Rawat Jalan	
Ujian praktik klinik	Minggu terakhir praktik	R. Rawat Inap	F7
Seminar	Akhir proses praktik	R. praktik	F8

### C. Model Pembelajaran

Proses Pembelajaran	Kegiatan	
	Mahasiswa	Pembimbing
FASE PRA INTERAKSI	1. Menyusun LP (Laporan pendahuluan)	1. Memberikan informasi ttg pasien , a.l. diagnosa
	2. Mengikuti conference (LP)	2. Pre conference → Evaluasi pemahaman Mhs
	3. Membaca informasi ttg pasien → kaitkan dg LP	3. Evaluasi pemahaman Mhs
FASE INTRODUKSI	1. Memperkenalkan diri ke pasien	1. Mengobservasi Mhs, umpan balik
	2. Melakukan kontrak	2. Mengobservasi Mhs, umpan balik
FASE KERJA	1. Melakukan pengkajian dan validasi.	1. Bimbingan untuk menumbuhkan kemampuan intelektual, teknikal dan interpersonal
	2. Melakukan perumusan masalah diagnosa	
	3. Menyusun intervensi & melakukan implementasi	
	4. Melakukan ronde kep.	2. Mendampingi ronde
	5. Mengikuti <i>bedside teaching</i>	3. Bimbingan dalam <i>bedside</i>
FASE EVALUASI	Menyimpulkan dg pasien apa yang dicapai	Bimbingan dan observasi tentang kemampuan Mhs.

### D. Strategi Pembelajaran

#### 1. Di Poliklinik/UGD

Praktikan melakukan Askep klien rawat jalan/UGD dengan :

- Membuat laporan di Unit Rawat Jalan (Poliklinik/UGD )
- Penyerahan laporan disertai format penilaian satu hari setelah praktik

#### 2. Di Ruang Rawat Inap

Praktikan melakukan Askep klien rawat inap dengan :

- Membuat laporan pendahuluan (LP) 7 kasus yang berbeda sesuai dengan masalah keperawatan jiwa

- Bertanggung jawab pada **7 klien** (**1 kasus kelolaan** dan **6 kasus** untuk resume selama praktikum)
- Membuat **SP setiap hari** pada kasus kelolaan
- Membuat ***Activity Daily Living* setiap hari** dalam **sebuah buku tulis bersampul merah (kertas minyak)**
- Membuat **laporan resume** di buku tulis yang sama dengan buku tulis untuk ADL
- Membuat **proposal** dan melakukan **kunjungan rumah** satu kali serta dibuat laporan hasilnya
- Membuat **laporan lengkap kasus kelolaan** secara sistematis (pangkajian – evaluasi)
- Penyerahan laporan disertai format penilaian satu hari setelah praktik

### 3. Melakukan kegiatan TAK

- Membuat preplaning TAK dan mengkonsulkan terlebih dulu minimal satu hari sebelum pelaksanaan dan memberikan format penilaian pada hari pelaksanaan TAK.
  - Membuat laporan TAK sehari setelah pelaksanaan TAK
4. **Seminar kasus kelolaan** dan jurnal keperawatan
  5. **Membuat API** (Analisa Proses Interaksi) pada kasus kelolaan

## BAB IV EVALUASI

### A. Ketentuan Evaluasi

- I. Evaluasi dilaksanakan dengan prosedur sebagai berikut:
  - a. Kehadiran  
Kehadiran mahasiswa harus 100%
  - b. Pendokumentasian laporan:
    - 1) Laporan pendahuluan dievaluasi pada hari pertama praktek oleh pembimbing klinik
    - 2) Strategi Pelaksanaan dievaluasi setiap hari oleh pembimbing klinik
    - 3) Aktivitas sehari-hari dievaluasi setiap hari oleh pembimbing klinik
    - 4) Pembimbing klinik dapat meminta mahasiswa melakukan perbaikan
    - 5) Laporan askep, resume, strategi pelaksanaan, analisa proses interaksi, dievaluasi pada akhir minggu praktik
  - c. Target dilakukan pada akhir praktik oleh Koordinator MA setelah satu stase terselesaikan
  - d. Kinerja Klinik  
Kinerja klinik dinilai disetiap ruangan tempat mahasiswa praktik
  - e. Ujian praktik akhir stage
    - 1) Ujian praktik akhir stage dilaksanakan sebanyak satu kali
    - 2) Ujian dilaksanakan secara komprehensif selama satu hari dan dinilai oleh dua penguji lahan & institusi pendidikan
    - 3) Jadwal ujian dan pengujian akan ditentukan kemudian, teknis ujian diatur tersendiri
    - 4) Sebelum pelaksanaan ujian mahasiswa harus kontrak waktu terlebih dahulu dengan pengujian
    - 5) Nilai batas lulus ujian adalah 75 dan diberi kesempatan mengulang sebanyak I kali.
  - f. Seminar kelompok
    - 1) Seminar dilaksanakan pada minggu terakhir praktik, berdasarkan kesepakatan dengan pihak DIKLAT Rumah Sakit Jiwa. Seminar didampingi oleh pembimbing akademik dan ruangan serta praktikan dari institusi lain yang sedang praktek diruang tsb
    - 2) Format penilaian terlampir

## B. Komponen Evaluasi

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	KET
1	Peran Serta Pre dan Post Conference	10 %	F1
2	Laporan Pendahuluan	5 %	F2
3	Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan	10 %	F3
4	Penampilan Klinik	5 %	F4
5	Laporan ASKEP kelolaan dan resume	15 %	F5
6	Analisa Proses Interaksi (API)	10 %	F6
7	Terapi Modalitas/Terapi Aktivitas Kelompok	10 %	F7
8	Ujian Praktik Klinik	25 %	F8
9	Seminar Kelompok	10 %	F9
	Total	100	

## C. Kriteria Kelulusan

Praktikan dinyatakan lulus praktik profesi **Keperawatan Jiwa** ini, apabila praktikan mendapatkan nilai minimal **3,00** dari seluruh kegiatan praktik. Nilai kelulusan mata ajar adalah  $\geq 75$  ( B ).

### Grade Nilai :

Rentang Nilai	Bobot Nilai	Nilai Huruf	Keterangan
85,00 - 100	4,00	A	Tingkat penguasaan kompetensi $\geq 85$ %
75,00 - 84,99	3,00	B	Tingkat penguasaan kompetensi 75-84 %
60,00 - 74,99	2,00	C	Tingkat penguasaan kompetensi 60-74 %
50,00 - 59,99	1,00	D	Tingkat penguasaan kompetensi 50-59 %
0,00 - 49,99	0,00	E	Tingkat penguasaan kompetensi $< 50$ %

## BAB V

### PERATURAN PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI KEPERAWATAN JIWA

#### A. Peserta

Peserta program pendidikan profesi Ners adalah mahasiswa yang telah menyelesaikan program sarjana keperawatan dan lulus uji kompetensi pra profesi, serta telah menyelesaikan proses administrasi akademik sesuai ketentuan yang berlaku.

#### B. Ketentuan Seragam dan Atribut

##### I. Perempuan

- a. Seragam baju atas dan celana panjang, serta jilbab (bagi muslimah berjilbab)
- b. Rambut rapi tidak tergerai (menggunakan *hair net*)
- c. Sepatu pansus tertutup berwarna putih, hak  $\leq 3$  cm
- d. Menggunakan atribut sesuai ketentuan institusi dan lahan praktik.

##### 2. Laki-laki

- a. Seragam baju atas dan celana panjang
- b. Rambut rapi
- c. Sepatu pansus tertutup berwarna putih
- d. Menggunakan atribut sesuai ketentuan institusi dan lahan praktik.

#### C. Ketentuan Umum

1. Mahasiswa wajib mentaati peraturan yang diberlakukan di institusi pendidikan dan tatanan klinik yang dipakai sebagai lahan praktik.
2. Mahasiswa wajib memenuhi presensi kehadiran sebanyak 100%.
3. Mahasiswa wajib menandatangani daftar hadir dalam buku evaluasi maupun daftar presensi yang disediakan oleh lahan praktik.
4. Mahasiswa wajib hadir dilahan praktek sesuai dengan jadwal.
5. Mahasiswa yang bermaksud mengganti jadwal praktek harus melapor dan baru diperkenankan praktik seijin pembimbing klinik.
6. Mahasiswa yang tidak mengikuti praktik harus melaporkan ketidakhadirannya pada bagian akademik dan pembimbing klinik (surat keterangan sakit harus ditujukan dan mendapat pengesahan dari akademik)
7. Mahasiswa wajib menggantikan waktu praktik yang ditinggalkan dihari lain atas persetujuan pembimbing klinik dengan ketentuan:
  - a. Tidak hadir karena sakit yang ditujukan dengan surat dokter wajib mengganti sejumlah hari yang ditinggalkan.
  - b. Tidak hadir tanpa keterangan, mahasiswa wajib mengganti dua kali dari hari yang ditinggalkan.



#### D. Ketentuan Khusus

1. Mahasiswa wajib merumuskan dan menunjukkan laporan pendahuluan, aktivitas sehari-hari (dibuat dalam satu buku bersama dengan laporan resume keperawatan) dan strategi pelaksanaan pada saat hari pertama masuk (hari Senin) ke setiap ruang/bangsral perawatan dan menunjukkan kepada pembimbing klinik
2. Mahasiswa wajib mengikuti kegiatan pre dan post konferen secara berkelompok sesuai jadwal (hari pertama masuk ruangan mulai pukul 07.00-07.30) yang telah ditetapkan dengan materi diskusi sesuai dengan laporan Pendahuluan, aktivitas sehari-hari dan strategi pelaksanaan yang telah dirumuskan oleh mahasiswa.
3. Mahasiswa harus membuat tugas dengan ketentuan: selama praktikum, mahasiswa harus membuat **1 LP, 1 laporan Askep (kasus sesuai LP) dan 6 Laporan Resume Keperawatan.**
4. Mahasiswa wajib mengumpulkan tugas-tugas akademik yang telah ditentukan, hari Senin dalam putaran minggu selanjutnya setelah meninggalkan ruangan
5. Tugas dikumpulkan kepada pembimbing klinik dari institusi pendidikan dalam **stop maf berwarna kuning** dengan diberi identitas jelas.
6. Saat mengumpulkan laporan harus disertai format penilaian (penilaian pendokumentasian LP, Laporan Resume dan Askep)

#### E. Tugas Pembimbing Klinik (Akademik atau Ruangan)

1. Mengadakan kegiatan pre dan post conference
2. Mengadakan ronde keperawatan
3. Menandatangani presensi mahasiswa
4. Mengobservasi dan membimbing mahasiswa, melakukan tindakan-tindakan keperawatan
5. Mendiskusikan dengan mahasiswa masalah yang dialami oleh pasien dan masalah-masalah yang ditemukan dalam pemberian asuhan keperawatan
6. Membimbing mahasiswa dalam penyusunan laporan dan tugas
7. Mengobservasi dan menilai kinerja klinik
8. Mengoreksi dan memberikan penilaian tentang tugas mahasiswa (laporan pendahuluan, resume, askep, strategi pelaksanaan dan lainnya)
9. Melakukan penilaian ujian praktik klinik akhir stage (penentuan jadwal, penguji diatur koordinator)

## DAFTAR PUSTAKA

- Keltner, Schwecke, Bostrom. (1999). *Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of Nursing : Concept, Process, and Practice*. Philadelphia : Mosby Years Book Inc.
- Stuart S, Laraia (2003). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 7<sup>th</sup> edition. St. Louis: Mosby
- Schultz, Judith M., Videbeck, Sheila L. (2009). *Lippincot's Manual of Psychiatric Nursing Care Plan*. 8<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: Lippincot William and Wilkins.
- Taylor C (1997). *Fundamental of Nursing, The Art and Science of Nursing Care*. Philadelphia: Lippincott.
- Townsend & Mary (2009). *Psychiatric Mental Heallth Nursing*. (6<sup>th</sup> Ed.). Philadelphia : F.A. Davis Company

## LAMPIRAN

F 1.	Format Penilaian Pre dan Post Conference	16
F 2.	Format Penilaian Laporan Pendahuluan	17
F 3.	Format Penilaian Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan	18
F 4.	Format Penilaian Penampilan Klinik	19
F 5.	Format Penilaian Proses Keperawatan Rawat Inap	20
F 6.	Format Penilaian Terapi Modalitas/Terapi Aktivitas Kelompok	21
F 7.	Format Penilaian Ujian Praktik Klinik/Supervisi	22
F 8.	Format Penilaian Seminar & Makalah	23
F 9.	Format Penilaian Analisa Proses Interaksi (API)	24
F 10.	Laporan Pendahuluan (Hari pertama praktik)	25
F 11.	Pre Planning - Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Setiap Hari	26
F 12.	Strategi Pelaksanaan Tindakan keperawatan	27-36
F 13.	Format Bentuk Pembuatan Resume	37
F 14.	Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan	38
F 15.	Format Pembuatan Laporan Unit Rawat Jalan (Poliklinik/UGD Keperawatan Kesehatan Jiwa) Di RSJ	39
F 16.	Analisa Proses Interaksi ( API )	40
F 17.	Rencana Terapi Aktivitas Kelompok	41
F 18.	Petunjuk Teknis Pembuatan Makalah Seminar	42
F 19.	Pre Planning Home Visit (Rencana Kunjungan Rumah)	43
F 20.	Aktifitas Sehari-Hari	44
F 21.	Log Book Asuhan Keperawatan	45
F 22.	Format Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa	46-52
F 23.	Petunjuk Teknis Pengisian Format Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa	53-61
F 24.	Daftar Nama Mahasiswa	62

## FORMAT PENILAIAN PERAN SERTA PRE & POST CONFERENCE

NAMA MASISWA : .....

NIM : .....

NO	ASPEK YANG DINILAI	SKOR					KET
		1	2	3	4	5	
1	Persiapan untuk Conference						
2	Mengidentifikasi masalah						
3	Memberi ide selama conference						
4	Mensintesa pengetahuan selama diskusi						
5	Menerima ide-ide orang lain						
6	Mengontrol emosi sendiri						
7	Kerja sama dalam kelompok						
TOTAL SKOR							
NILAI =							

**Keterangan :**

5 = sangat baik

4 = baik

3 = sedang

2 = kurang

1 = sangat kurang

Jakarta, .....

( Penilai )

## FORMAT PENILAIAN LAPORAN PENDAHULUAN

NAMA MASISWA : .....

NIM : .....

NO	ASPEK YANG DINILAI	SKOR					KET
		1	2	3	4	5	
1	Kasus ( masalah utama)						
2	Proses terjadinya masalah						
3	Kemungkinan data fokus (wawancara, pemeriksaan fisik dan diagnostik)						
4	Analisa data (pohon masalah)						
5	Diagnosa keperawatan yang muncul timbul						
6	Rencana tindakan keperawatan						
TOTAL SKOR							
NILAI =							

**Keterangan :**

5 = sangat baik

4 = baik

3 = sedang

2 = kurang

1 = sangat kurang

Jakarta, .....

( Penilai )

**FORMAT PENILAIAN  
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

NAMA MASISWA : .....

NIM : .....

NO	ASPEK YANG DINILAI	SKOR					KET
		1	2	3	4	5	
1	Proses keperawatan 1. Menuliskan kondisi klien 2. Menuliskan dx. Keperawatan 3. Tujuan dan rencana tindakan diagnosa yang dipilih						
2	Strategi komunikasi tindakan keperawatan Fase perkenalan: 1. Salam terapeutik 2. Evaluasi/validasi 3. Kontrak yang akan datang (topik, waktu dan tempat) 4. Tujuan						
3	Fase kerja : 1. Tehnik komunikasi 2. Sikap terapeutik 3. Langkah-langkah tindakan keperawatan						
4	Fase terminasi 1. Evaluasi subjektif dan objektif 2. Rencana tindak lanjut 3. Kontrak yang akan datang (TWT)						
TOTAL SKOR							
NILAI =							

**Keterangan :**

5 = sangat baik

4 = baik

3 = sedang

2 = kurang

1 = sangat kurang

Jakarta, .....

( Penilai )

**FORMAT PENILAIAN  
PENAMPILAN KLINIK**

Kelompok : .....

Ruangan : .....

No	Nama	NIM	Kedisiplinan	Tanggung jawab	Inisiatif	Kejujuran	Penampilan	Total NILAI	SKOR

**Keterangan:**

1. Range nilai 1-5

5 = sangat baik

4 = baik

3 = sedang

2 = kurang

1 = sangat kurang

2. Skor = total nilai x 5

Jakarta, .....

(.....)

Pembimbing Lahan

## LOG BOOK ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien :  
 Ruangan :

Nama Mahasiswa :

No.	Diagnosa Keperawatan	Terapi Keperawatan						
		Generalis 1. T. Individu						
		2. T. Keluarga						
		3. TAK						
		Generalis 1. T. individu						
		2. T. Keluarga						
		3. TAK						





**FORMAT PENILAIAN  
PROSES KEPERAWATAN RAWAT JALAN  
(POLIKLINIK ATAU UGD)**

No	Aspek yang dinilai	POIN					KET
		1	2	3	4	5	
1	Mengidentifikasi keluarga dalam resiko						
2	Mengidentifikasi masalah psikososial berdasarkan data yang ada						
3	Mengenali stressor bio-psiko-sosial dari masalah yang ada						
4	Merumuskan diagnosa keperawatan individual/kelompok sesuai dengan masalah psikososial yang telah diidentifikasi						
5	Menetapkan tujuan yang berfokus pada klien dalam kesehatan jiwa						
6	Merumuskan rencana tindakan keperawatan dengan memakai berbagai strategi pencegahan dalam kesehatan jiwa						
7	Memakai sumber daya di masyarakat untuk menyokong keluarga klien						
8	Mengimplementasikan rencana tindakan yang sesuai						
9	Mengevaluasi berdasarkan kriteria yang ditentukan						
10	Memodifikasi sesuai data pada waktu evaluasi						

Keterangan :

5 = sangat baik

4 = baik

3 = sedang

2 = kurang

1 = sangat kurang

Jakarta, .....

( Penilai )

**FORMAT PENILAIAN  
PROSES KEPERAWATAN RAWAT INAP**

NAMA MASISWA : .....

NIM : .....

NO	ASPEK YANG DINILAI	SKOR					KET.
		1	2	3	4	5	
1	Mengumpulkan data yang komprehensif/lengkap						
2	Megidentifikasi masalah yang akurat						
3	Rumusan masalah berdasar kebutuhan klien						
4	Set prioritas masalah yang benar						
5	Tujuan ditulis dengan benar						
6	Kriteria hasil realistis dan terukur						
7	Memilih strategi tindakan keperawatan benar						
8	Merencanakan kujungan rumah						
9	Strategi yang dipilih berdasar teori dan rasional						
10	Klien & keluarga berpartisipasi						
11	Set prioritas dalam implementasi						
12	Mengimplementasikan apa yang sudah direncanakan						
13	Melakukan kunjungan rumah (pengkajian – evaluasi)						
14	Mencatat semua respon klien						
15	Melakukan penilaian keberhasilan tindakan						
16	Modifikasi rencana keperawatan berdasar evaluasi						
TOTAL SKOR							
NILAI =							

Keterangan :

5 = sangat baik

4 = baik

3 = sedang

2 = kurang

1 = sangat kurang

Jakarta, .....

( Penilai )

**FORMAT PENILAIAN  
TERAPI MODALITAS /TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK**

NAMA MASISWA : .....

NIM : .....

NO	ASPEK YANG DINILAI	SKOR					KET.
		1	2	3	4	5	
1	Mengidentifikasi tujuan umum & khusus dari aktifitas						
2	Memilih kegiatan/aktivitas untuk klien						
3	Merencanakan waktu yang dicapai						
4	Memilih klien untuk bergabung dalam kelompok						
5	Mendorong klien berperan serta dalam aktivitas						
6	Mengimplementasikan aktivitas						
7	Menerima ide dari peserta, teman dan staf						
TOTAL SKOR							
NILAI =							

Keterangan :

5 = sangat baik

4 = baik

3 = sedang

2 = kurang

1 = sangat kurang

Jakarta, .....

( Penilai )

**FORMAT PENILAIAN  
UJIAN PRAKTIK KLINIK PROFESI ATAU SUPERVISI  
"KEPERAWATAN JIWA"**

NAMA MAHASISWA : ..... RUANG/RS : .....

NIM : .....

JUDUL ASKEP : .....

No.	ASPEK YANG DINILAI	SKOR					KET.
		1	2	3	4	5	
<b>A</b>	<b>PROSES KEPERAWATAN</b>						
1	Pengkajian						
2	Analisa data						
3	Pokok masalah						
4	Diagnosa						
5 a	Rencana tindakan untuk diagnosa yang dipilih (prinsip tindakan, lingkungan terapeutik, obat)						
b	Strategi komunikasi						
<b>B 1</b>	<b>PERKENALAN/ORIENTASI</b>						
1	Salam terapeutik						
2	Evaluasi /validasi						
3	Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)						
4	Tujuan tindakan/pembicaraan						
<b>B 2</b>	<b>KERJA ( Langkah-langkah tindakan keperawatan)</b>						
5	Tehnik komunikasi terapeutik						
6	Sikap komunikasi terapeutik						
7	Langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana						
<b>B 3</b>	<b>TERMINASI</b>						
8	Evaluasi respons klien						
9	Rencana tindak lanjut						
10	Kontrak yang akan datang (Topik, Waktu, Tempat)						
<b>C</b>	<b>DOKUMENTASI</b>						
1	Implementasi						
2	Evaluasi (S.O.A.P)						
<b>TOTAL SKOR</b>							
<b>NILAI (Persentase) : .....</b>							

**Keterangan :**

- 5 = Sangat baik
- 4 = Baik
- 3 = Sedang
- 2 = Kurang
- 1 = Sangat kurang

Jakarta, .....

Penilai,

( ..... )

## FORMAT PENILAIAN SEMINAR & MAKALAH

NAMA MAHASISWA : ..... RUANG/RS : .....

NIM : .....

JUDUL ASKEP : .....

No.	ASPEK YANG DINILAI	SKOR					KET.
		1	2	3	4	5	
<b>A</b>	<b>PERSIAPAN</b>						
1	Sistematika penulisan makalah						
2	Konteks bahasa						
3	Susunan kalimat						
4	Isi materi						
<b>B</b>	<b>PELAKSANAAN PRESENTASI</b>						
1	Penggunaan AVA						
2	Penggunaan waktu						
3	Sistematika penjelasan						
4	Penggunaan bahasa						
5	Penguasaan situasi/lingkungan						
6	Penguasaan materi						
7	Respon terhadap pertanyaan						
8	Sistematika penyampaian jawaban						
9	Rasionalitas jawaban						
10	Penyampaian ide-ide baru						
11	Penguasaan emosi						
12	Peran serta anggota kelompok						
<b>C</b>	<b>EVALUASI</b>						
1	Kemampuan menanggapi secara teoritis/konseptual						
2	Kemampuan menyimpulkan						
<b>TOTAL SKOR</b>							
<b>NILAI = .....</b>							

**Keterangan :**

5 = Sangat baik

4 = Baik

3 = Sedang

2 = Kurang

1 = Sangat kurang

Jakarta, .....

Penilai,

( ..... )

**FORMAT PENILAIAN  
ANALISA PROSES INTERAKSI (API)**

NAMA MASISWA : .....  
NIM : .....

NO	ASPEK YANG DINILAI	SKOR					KET
		I	2	3	4	5	
1	Memilih dan menata lingkungan yang sesuai untuk interaksi						
2	Menetapkan tujuan hubungan perawat-klien						
3	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik						
4	Menggunakan sikap terapeutik						
5	Membina hubungan saling percaya						
6	Mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan selama interaksi						
7	Mensintesa pengetahuan dan memakainya dalam menganalisa perilaku klien						
8	Menganalisa perilaku sendiri khususnya yang berhubungan dengan interaksi						
9	Melakukan komunikasi sesuai dengan tahapan komunikasi (orientasi, kerja, terminasi)						
10	Membantu klien dalam mengakhiri hubungan melalui fase terminasi						
TOTAL SKOR							
NILAI =							

Keterangan :  
5 = sangat baik  
4 = baik  
3 = sedang  
2 = kurang  
1 = sangat kurang

Jakarta, .....

( Penilai )

**FORMAT PENGKAJIAN  
KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA**

RUANG RAWAT : .....  
TANGGAL DIRAWAT : .....

**I. IDENTITAS/ KLIEN**

Inisial : (L/P)                      Tanggal pengkajian  
Umur :                                      RM no:  
Informan

**II. ALASAN MASUK**

.....  
.....  
.....

**III. FAKTOR PREDOSPISISI**

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu ?                      ( ) ya ( ) tidak
2. 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 : .....  
.....  
.....





4. Spiritual
- a. Nilai dan keyakinan : .....
- .....
- .....
- b. Kegiatan ibadah : .....
- .....
- .....

**Diagnosa Keperawatan :** .....

**VI. STATUS MENTAL**

1. Penampilan ( ) tidak rapi ( ) penggunaan pakaian tidak sesuai ( ) cara berpakaian seperti biasanya,
- Jelaskan : .....
- .....
- .....

**Diagnosa Keperawatan :** .....

2. Pembicaraan
- ( ) cepat ( ) gagap ( ) keras ( ) inkoheren
- ( ) Apatis ( ) lambat ( ) membisu ( ) tidak mampu memulai pembicaraan
- Jelaskan : .....
- .....

**Diagnosa Keperawatan :** .....

3. Aktivitas motorik
- ( ) lesu ( ) tegang ( ) Gelisah ( ) Agitasi
- ( ) TIK ( ) Grimasen ( ) Tremor ( ) Kompulsif
- Jelaskan : .....
- .....

**Diagnosa Keperawatan :** .....

4. Alam perasaan
- ( ) sedih ( ) ketakutan ( ) putus asa ( ) khawatir ( ) gembira berlebihan
- Jelaskan : .....
- .....

**Diagnosa Keperawatan :** .....





5. Kebersihan diri  
 Bantuan minimal  Bantuan total

Jelaskan : .....  
.....  
.....

**Diagnosa Keperawatan :** .....

6. Istirahat dan tidur  
 Tidur Siang , lama ..... s/d .....  
 Tidur malam, lama .....s/d .....  
 Kegiatan sebelum /sesudah tidur

7. Penggunaan obat  
 Bantuan minimal  Bantuan total

8. Pemeliharaan kesehatan
- perawatan lanjutan  Ya  Tidak
  - sistem pendukung  Ya  Tidak

9. Kegiatan didalam rumah
- mempersiapkan makanan  Ya  Tidak
  - menjaga kerapihan rumah  Ya  Tidak
  - mencuci pakaian  Ya  Tidak

10. Kegiatan diluar rumah
- belanja  Ya  Tidak
  - transportasi  Ya  Tidak
  - lain-lain  Ya  Tidak

Jelaskan : .....  
.....

**Diagnosa Keperawatan :** .....

## VIII. MEKANISME KOPING

### **Adaptif**

- Bicara dengan orang lain
- Mampu menyelesaikan masalah
- Teknik relaksasi
- Aktivitas konstruksi
- Olah raga
- Lainnya .....

### **Maladaptif**

- Minum alkohol
- Reaksi lambat /berlebihan
- Bekerja berlebihan
- Menghindar
- Mencederai diri
- Lainnya .....

**Diagnosa 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 .....

**Diagnosa Keperawatan :** .....

X. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

- ( ) Penyakit jiwa
- ( ) Faktor presipitasi
- ( ) Koping
- ( ) Lainnya
- ( ) Sistem pendukung
- ( ) Penyakit fisik
- ( ) Obat-obatan

**Diagnosa Keperawatan :** .....

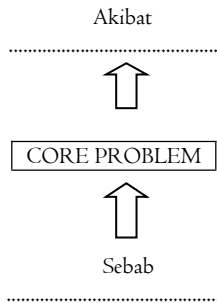
XI. ASPEK MEDIK

1. Diagnosa medik : .....
2. Terapi medic : .....

**XII. ANALISIS DATA**

No.	DATA	DIAGNOSA KEPERAWATAN
	Subyektif .....	
	Obyektif .....	
	Subyektif .....	
	Obyektif .....	

**XIII. POHON MASALAH**



**XIV. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN**

- a. ....
- b. ....
- c. Dst

Jakarta, .....

Praktikan

.....

NIM : .....

**PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN  
FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA**

Setiap melakukan pengkajian, tulis tempat klien dirawat dan tanggal dirawat

**A. IDENTITAS**

1. Perawat yang merawat klien melakukan perkenalan dan kontak dengan klien tentang : nama perawat, nama klien, panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan.
2. Usia dan no. RM
3. Mahasiswa menuliskan sumber data yang didapat

**B. ALASAN MASUK**

Tanyakan kepada klien/keluarga

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

**C. FAKTOR PREDESPOSISI**

1. Tanyakan kepada klien/keluarga apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, bila ya beri tanda  $\checkmark$  pada kotak **"ya"** dan bila tidak beri tanda  $\checkmark$  pada kotak **"tidak"**
2. Apabila pada poinI **"ya"** maka tanyakan bagaimana hasil pengobatan sebelumnya apabila dia dapat beradaptasi dimasyarakat tanpa gejala-gejala gangguan jiwa maka beri tanda  $\checkmark$  pada kotak **"berhasil"** apabila dia dapat beradaptasi tapi masih ada gejala-gejala sisa maka beri tanda  $\checkmark$  pada kotak **"kurang berhasil"** apabila tidak ada kemajuan atau gejala-gejala bertambah atau menetap maka beri tanda  $\checkmark$  pada kotak **"tidak berhasil"**.
3. Tanyakan kepada klien apakah klien pernah melakukan atau mengalami dan atau menyaksikan penganiayaan fisik , seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal, beri tanda  $\checkmark$  sesuai dengan penjelasan klien/keluarga apakah klien sebagai pelaku dan atau korban, dan atau saksi, maka beri tanda  $\checkmark$  pada kotak pertama, isi usia saat kejadian pada kotak kedua. Jika klien pernah sebagai pelaku dan korban saksi (2 atau lebih) tuliskan pada penjelasan.
  - a. Beri penjelasan secara singkat dengan jelas tentang kejadian yang dialami klien terkait no.1,2,3.
  - b. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data
4. Tanyakan kepada kien /keluarga apakah ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa, jika ada beri tanda  $\checkmark$  pada kotak **"tidak"**. Apabila ada anggota keluarga lain yang mengalami gangguan jiwa maka tanyakan bagaimana hubungan klien dengan anggota keluarga tersebut. Tanyakan apa gejala yang dialami serta riwayat pengobatan dan perawatan 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 masa lalu.

#### D. FISIK

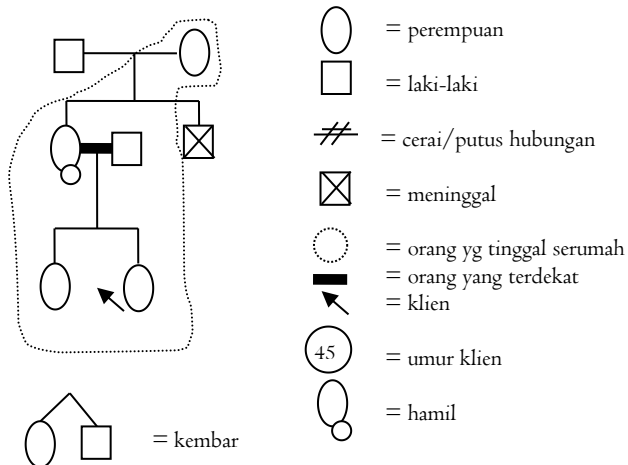
Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ :

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 √ di kotak “**ya**” dan bila tidak beri tanda √ 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.

#### E. 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

##### 2. Konsep diri

###### a. Gambaran diri

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai atau 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 atau perempuan
  - c. Peran, tanyakan tentang :
    - Tugas/peran yang diemban dalam keluarga/kelompok/masyarakat
    - Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut
  - d. Ideal diri, tanyakan tentang :
    - 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. 2a, b, c, d
    - Penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya
  - f. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data
3. Hubungan social
- a. Tanyakan pada klien tentang siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan dan sokongan.
  - b. Tanyakan pada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat
  - c. Tanyakan pada klien sejauh mana ia terlibat dalam kelompok di 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 tentang :
    - Kegiatan ibadah di rumah secara individual dan kelompok
    - Pendapat klien /keluarga tentang kegiatan ibadah
  - c. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data

## F. 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

- 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, aju tidak diganti-ganti.
- Penggunaan pakaian tidak sesuai, misalnya : pakaian dalam diluar baju
- Cara berpakaian tidak seperti biasanya, jika penggunaan pakaian tidak tepat (waktu, tempat, identitas, situasi/kondisi)
- Jelaskan hal-hal yang ditampilkan klien dan kondisi lain yang tidak tercantum
- Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

### 2. Pembicaraan

- Amati pembicaraan yang ditemukan pada klien, apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis dan atau lambat.
- Bila pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain yang tidak ada kaitannya beri tanda “V” pada kotak inkoheren.
- Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum
- Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

### 3. Aktivitas motorik

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga

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

### 4. Alam perasaan

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga

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

### 5. Afek

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga

- Datar = tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan
- 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 mampu menatap lawan bicara
  - c. Defensive – selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya
  - d. Curiga = menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya pada orang lain
  - e. Jelaskan hal2 yang tidak tercantum
  - f. Masalah keperawatan ditulis 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 ditulis 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 yang tak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya dan klien tidak menyadarinya.
  - d. Flight of ideas : pembicaraan yang melompat dari satu topic ke topic 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 yang 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 atau 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 berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan
  - Somatic ; klien mempunyai keyakinan tentang tubuhnyadan 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
  - Nihilistic ; 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 ad aide pikiran orang lain yang disisipkan kedalam pikirannya 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
  - Control pikir ; klien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar
- h. Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara
- i. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

#### 10. Tingkat kesadaran

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

- a. Bingung : tampak bigung 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 di lingkungan
- d. Orientasi waktu, tempat, orang jelas
- e. Jelaskan data objektif dan subjektif yang terkait hal-hal diatas
- f. Maslah 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 satu 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
  - 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 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 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 ini.
  - c. Jelaskan dengan data terkait
  - d. Masalah keperawatan sesuai dengan data

## G. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

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

Observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK

  - Pagi, menggunakan dan membersihkan WC
  - Membersihkan diri dan merapikan badan
6. 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
7. Berpakaian
  - a. Observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian dan alas kaki
  - b. Observasi penampilan dandanannya klien
  - c. Tanyakan dan observasi ganti pakaian
  - d. Nilai kemampuan yang harus dimiliki klien, mengambil, memilih dan mengenakan pakaian
8. 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
9. Penggunaan obat

Observasi dan tanyakan kepada klien dan keluarga tentang :

  - Penggunaan obat : frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara
  - Reaksi obat
10. 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.
11. 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

12. Kegiatan diluar rumah  
Tanyakan kemampuan klien dalam :
- 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/ telepon / air, kantor pos dan bank)

H. MEKANISME KOPING

Data didapatkan melalui wawancara pada klien atau keluarganya. Beri tanda “V” pada kotak koping yang dimiliki klien, baik adaptif maupun maladaptive.

I. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

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

J. PENGETAHUAN

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

K. ASPEK MEDIK

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

L. ANALISIS DATA

1. Tulis semua data subyektif maupun obyektif dari hasil pengkajian
2. Analisa data tersebut menjadi suatu masalah

M. DAFTAR MASALAH

1. Tuliskan masalah disertai data pendukung, yaitu data subyektif dan data obyektif
2. Buat pohon masalah dari data yang telah dirumuskan

N. POHON MASALAH

Buatlah pohon masalah dari daftar masalah yang ada sesuai dengan masalah utamanya

O. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

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

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





**LAPORAN PENDAHULUAN  
(HARI PERTAMA PRAKTEK)**

- A. Kasus (masalah utama)
- B. Proses terjadinya masalah
- C. I. Pohon masalah,  
II. Masalah keperawatan dan data tambahan yang perlu dikaji
- D. Diagnosa keperawatan
- E. Rencana tindakan keperawatan (Rasionalnya dibuat dan tujuannya harus SMART)

Jakarta, .....

Praktikan

.....

NIM .....

**PRE PLANNING  
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN  
KEPERAWATAN SETIAP HARI**

**Proses Keperawatan**

Kondisi klien : .....

Diagnose keperawatan : .....

Tujuan khusus : .....

Tindakan Keperawatan : .....

**Proses Pelaksanaan Tindakan :**

**A. Fase orientasi**

1. Salam terapeutik : .....
2. Evaluasi/validasi : .....
3. Kontrak : .....
- a. Topic : .....
- b. Waktu : .....
- c. Tempat : .....
4. Tujuan : .....

**B. Fase kerja ( langkah-langkah tindakan keperawatan)**

1. ....
2. ....
3. Dst

**C. Fase terminasi**

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan
  - a. Evaluasi klien (subjektif) : .....
  - b. Evaluasi perawat (objektif setelah reinforcement) : .....
2. Tindakan lanjut klien (apa yang perlu dilatih klien sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan) .....
3. Kontrak yang akan datang
  - Topic : .....
  - Waktu : .....
  - Tempat : .....

Jakarta .....

Praktikan .....

**STRATEGI PELAKSANAAN  
TINDAKAN KEPERAWATAN**

<b>PERILAKU KEKERASAN</b>	<b>Pasien</b>	<b>Keluarga</b>
	<p><b>SP I p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab PK</li> <li>2. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK</li> <li>3. Mengidentifikasi PK yg dilakukan</li> <li>4. Mengidentifikasi akibat PK</li> <li>5. Menyebutkan cara mengontrol PK</li> <li>6. Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I</li> <li>7. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP II p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik II</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP III p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol PK dg cara verbal</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP IV p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol PK dg cara spiritual</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP V p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Menjelaskan cara mengontrol PK dengan minum obat</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p><b>SP I k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</li> <li>2. Menjelaskan pengertian PK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya PK</li> <li>3. Menjelaskan cara merawat pasien dengan PK</li> </ol> <p><b>SP II k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan PK</li> <li>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien PK</li> </ol> <p><b>SP III k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>)</li> <li>2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang</li> </ol>

<p><b>ISOLASI SOSIAL</b></p>	<p><b>Pasien</b></p> <p><b>SP I p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien</li> <li>2. Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain</li> <li>3. Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain</li> <li>4. Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang</li> <li>5. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP II p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Memberikan kesempatan kepada pasien mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang</li> <li>3. Membantu pasien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dg orang lain sbg salah satu kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP III p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Memberikan kesempatan kepada pasien berkenalan dg dua orang atau lebih</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p><b>Keluarga</b></p> <p><b>SP I k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</li> <li>2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial yang dialami pasien beserta proses terjadinya</li> <li>3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien isolasi sosial</li> </ol> <p><b>SP II k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dg isolasi sosial</li> <li>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien isolasi sosial</li> </ol> <p><b>SP III k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>)</li> <li>2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang</li> </ol>
<p><b>HARGA DIRI RENDAH</b></p>	<p><b>Pasien</b></p> <p><b>SP I p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yg dimiliki pasien</li> <li>2. Membantu pasien menilai kemampuan pasien yg masih dapat digunakan</li> <li>3. Membantu pasien memilih kegiatan yg akan dilatih sesuai dg kemampuan pasien</li> </ol>	<p><b>Keluarga</b></p> <p><b>SP I k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yg dirasakan keluarga dalam merawat pasien</li> <li>2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yg dialami pasien</li> <li>3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien harga diri rendah</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih</li> <li>5. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien</li> <li>6. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP II p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih kemampuan kedua</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p><b>SP II k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah</li> <li>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien harga diri rendah</li> </ol> <p><b>SP III k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>)</li> <li>2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang</li> </ol>
--	---	--

<p><b>HALUSINASI</b></p>	<p><b>Pasien</b></p> <p><b>SP I p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien</li> <li>2. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien</li> <li>3. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien</li> <li>4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien</li> <li>5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi</li> <li>6. Mengidentifikasi respons pasien terhadap halusinasi</li> <li>7. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi</li> <li>8. Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP II p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-</li> </ol>	<p><b>Keluarga</b></p> <p><b>SP I k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yg dirasakan keluarga dalam merawat pasien</li> <li>2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi dan jenis halusinasi yg dialami pasien beserta proses terjadinya</li> <li>3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi</li> </ol> <p><b>SP II k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dg halusinasi</li> <li>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien</li> </ol>
--------------------------	---	---

	<p>cakap dengan orang lain</p> <p>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP III p</b></p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dg melakukan kegiatan (kegiatan yg biasa dilakukan pasien)</p> <p>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP IV p</b></p> <p>1. Mengevaluasikan jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>2. Memberikan pendidikan kesehatan ttg penggunaan obat secara teratur</p> <p>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	<p>halusinasi</p> <p><b>SP III k</b></p> <p>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>)</p> <p>2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang</p>
<b>DEFISIT PERAWATAN DIRI</b>	<p><b>Pasien</b></p> <p><b>SP I p</b></p> <p>1. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri</p> <p>2. Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri</p> <p>3. Membantu pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri</p> <p>4. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP II p</b></p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>2. Menjelaskan cara makan yang baik</p> <p>3. Membantu pasien mempraktekkan cara makan yang baik</p> <p>4. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP III p</b></p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>2. Menjelaskan cara eliminasi yang baik</p> <p>3. Membantu pasien mempraktekkan cara eliminasi yang baik dan memasukkan dalam jadwal</p>	<p><b>Keluarga</b></p> <p><b>SP I k</b></p> <p>1. Mendiskusikan masalah yg dirasakan keluarga dalam merawat pasien</p> <p>2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala deficit perawatan diri, dan jelas deficit perawatan diri yang dialami pasien beserta proses terjadinya</p> <p>3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien deficit perawatan diri</p> <p><b>SP II k</b></p> <p>1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan deficit perawatan diri</p> <p>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien deficit perawatan diri</p> <p><b>SP III k</b></p> <p>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>)</p> <p>2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang</p>

	<p>4. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP IV p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Menjelaskan cara berdandan</li> <li>3. Membantu pasien mempraktekkan cara berdandan</li> <li>4. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	
--	---	--

<b>Masalah Keperawatan</b>	<b>Tindakan Keperawatan Untuk Pasien</b>	<b>Tindakan Keperawatan Untuk Keluarga</b>
<b>WAHAM</b>	<p><b>SP I p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu orientasi realita</li> <li>2. Mendiskusikan kebutuhan yang tidak terpenuhi</li> <li>3. Membantu pasien memenuhi kebutuhannya</li> <li>4. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP II p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Berdiskusi tentang kemampuan yang dimiliki</li> <li>3. Melatih kemampuan yang dimiliki</li> </ol> <p><b>SP III p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p><b>SP I k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</li> <li>2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala waham, dan jenis waham yang dialami pasien beserta proses terjadinya</li> <li>3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien waham</li> </ol> <p><b>SP II k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan waham</li> <li>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien waham</li> </ol> <p><b>SP III k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat</li> <li>2. Mendiskusikan sumber rujukan yang bisa dijangkau keluarga</li> </ol>



## RESIKO BUNUH DIRI

Masalah Keperawatan	Tindakan Keperawatan Untuk Pasien	Tindakan Keperawatan Untuk Keluarga
<p><b>Resiko Bunuh Diri</b></p>	<p><b>SP I p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan pasien</li> <li>2. Mengamankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien</li> <li>3. Melakukan kontrak <i>treatment</i></li> <li>4. Mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri</li> </ol> <p><b>SP II p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi aspek positif pasien</li> <li>2. Mendorong pasien untuk berfikir positif terhadap diri</li> <li>3. Mendorong pasien untuk menghargai diri sebagai individu yang berharga</li> </ol> <p><b>SP III p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pola koping yang biasa diterapkan pasien</li> <li>2. Menilai pola koping yang biasa dilakukan</li> <li>3. Mengidentifikasi pola koping yang konstruktif</li> <li>4. Mendorong pasien memilih pola koping yang konstruktif</li> <li>5. Menganjurkan pasien menerapkan pola koping konstruktif dalam kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP IV p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat rencana masa depan yang realistis bersama pasien</li> <li>2. Mengidentifikasi cara mencapai rencana masa depan yang realistis</li> <li>3. Member dorongan pasien melakukan kegiatan dalam rangka meraih masa depan yang realistis</li> </ol>	<p><b>SP I k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</li> <li>2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala risiko bunuh diri, dan jenis perilaku bunuh diri yang dialami pasien beserta proses terjadinya</li> <li>3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien risiko bunuh diri</li> </ol> <p><b>SP II k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan risiko bunuh diri</li> <li>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien risiko bunuh diri</li> </ol> <p><b>SP III k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat</li> <li>2. Mendiskusikan sumber rujukan yang bias dijangkau oleh keluarga</li> </ol>

## PERILAKU KEKERASAN PADA ANAK

Masalah Keperawatan	Tindakan Keperawatan Untuk Pasien	Tindakan Keperawatan Untuk Keluarga
<p><b>Resiko Perilaku Kekerasan</b></p>	<p><b>SP I p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan penyebab PK anak</li> <li>2. Mendiskusikan tanda dan gejala PK anak</li> <li>3. Mendiskusikan PK yg biasanya dilakukan oleh anak</li> <li>4. Mendiskusikan akibat PK</li> <li>5. Melatih anak mencegah PK dengan cara fisik : tarik nafas dalam</li> <li>6. Memasukkan ke jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP II p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan jadwal kegiatan harian dalam mencegah PK secara fisik</li> <li>2. Melatih cara sosial untuk mengekspresikan marah</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan ke jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP III p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan jadwal kegiatan harian mencegah PK dengan cara sosial</li> <li>2. Melatih cara spiritual untuk mencegah PK</li> <li>3. Menganjurkan memasukkan ke jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP IV p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan jadwal kegiatan harian mencegah PK dengan cara spiritual</li> <li>2. Mendiskusikan manfaat obat</li> <li>3. Menjelaskan kerugian jika tidak patuh obat</li> <li>4. Menjelaskan 5 benar dalam pemberian obat</li> </ol>	<p><b>SP I k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien</li> <li>2. Menjelaskan peran serta keluarga dalam merawat pasien</li> <li>3. Menjelaskan cara merawat anak PK</li> </ol> <p><b>SP II k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih keluarga merawat anak PK</li> <li>2. Menjelaskan tentang obat untuk mengatasi PK</li> </ol> <p><b>SP III k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan sumber rujukan yang tersedia untuk mengatasi anak PK</li> <li>2. Mendorong untuk memanfaatkan sumber rujukan yang tersedia</li> </ol>

\*Jika pasien mendapatkan obat untuk mengatasi agitasi

## DEPRESI PADA ANAK

Masalah Keperawatan	Tindakan Keperawatan Untuk Pasien	Tindakan Keperawatan Untuk Keluarga
<p><b>Resiko Bunuh Diri</b></p>	<p><b>SP I p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya dengan anak</li> <li>2. Membantu memodifikasi pikiran negative</li> <li>3. Mencegah perilaku merusak diri</li> </ol> <p><b>SP II p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pola pikir negatif yang masih ada</li> <li>2. Membantu memodifikasi pikiran negatif</li> <li>3. Mencegah perilaku merusak diri</li> </ol> <p><b>SP III p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan harga diri anak :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Membantu anak mengidentifikasi aspek positif diri</li> <li>b. Membantu anak mengembangkan cita-cita dan masa depannya</li> <li>c. Membantu anak merencanakan masa depannya</li> <li>d. Memberikan <i>reinforcement</i> kemampuan anak</li> </ol> </li> </ol> <p><b>SP IV p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan pentingnya perawatan diri</li> <li>2. Mendiskusikan cara-cara perawatan diri</li> <li>3. Mendiskusikan dan mendorong pelaksanaan perawatan diri</li> </ol>	<p><b>SP I k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Menjelaskan masalah resiko bunuh diri pada anak</li> <li>3. Menjelaskan cara mencegah bunuh diri anak</li> <li>4. Mendorong keluarga untuk mengawasi anak secara ketat</li> </ol> <p><b>SP II k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan cara mendukung anak mengubah pola pikir negatif</li> <li>2. Menjelaskan cara mencegah bunuh diri anak</li> <li>3. Menganjurkan memberikan dukungan pada anak</li> </ol> <p><b>SP III k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tahap perkemb. anak</li> <li>2. Menjelaskan fasilitasi perkembangan yang bisa dilakukan keluarga</li> <li>3. Menjelaskan dan mendorong keluarga mencegah bunuh diri pada anak</li> <li>4. Menjelaskan sumber rujukan yang bisa dijangkau oleh keluarga</li> </ol>

## DEMENSIA PADA LANSIA

Masalah Keperawatan	Tindakan Keperawatan Untuk Pasien	Tindakan Keperawatan Untuk Keluarga
<p><b>Gangguan proses pikir : pikun</b></p>	<p><b>SP I p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Mengorientasikan waktu, tempat, orang di sekitar pasien</li> <li>3. Memberikan pujian kepada pasien</li> </ol>	<p><b>SP I k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Menjelaskan masalah demensia pada lansia</li> <li>3. Menjelaskan cara perawatan lansia demensia</li> </ol>

	<p><b>SP II p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengorientasikan waktu, tempat, orang disekitar pasien</li> <li>2. Melatih pasien dalam perawatan diri</li> <li>3. Melatih pasien menyusun jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP III p dst</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengorientasikan waktu, tempat, orang</li> <li>2. Mendiskusikan jadwal kegiatan harian</li> <li>3. Mendorong upaya perawatan diri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Melatih keluarga merawat lansia dengan demensia</li> </ol> <p><b>SP II k dst</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi perawatan yang dilakukan oleh keluarga terhadap lansia</li> <li>2. Mengidentifikasi kendala yang di hadapi</li> <li>3. Mencari solusi cara perawatan yang lebih efektif</li> <li>4. Mendorong keluarga menerapkan solusi yang telah ditetapkan</li> <li>5. Mendiskusikan sumber rujukan yang bisa dijangkau oleh keluarga</li> </ol>
--	--	--

### DEPRESI PADA LANSIA

<b>Masalah Keperawatan</b>	<b>Tindakan Keperawatan Untuk Pasien</b>	<b>Tindakan Keperawatan Untuk Keluarga</b>
<p><b>Resiko Bunuh Diri</b></p>	<p><b>SP I p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan pasien</li> <li>2. Mengamankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien</li> <li>3. Melakukan kontrak <i>treatment</i></li> <li>4. Mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri</li> <li>5. Melatih cara mengendalikan dorongan bunuh diri</li> </ol> <p><b>SP II p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi aspek positif pasien</li> <li>2. Mendorong pasien untuk berfikir positif terhadap diri</li> <li>3. Mendorong pasien untuk menghargai diri sebagai individu yang berharga</li> </ol>	<p><b>SP I k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</li> <li>2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala risiko bunuh diri, dan jenis perilaku bunuh diri yang dialami pasien beserta proses terjadinya</li> <li>3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien risiko bunuh diri</li> </ol> <p><b>SP II k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan risiko bunuh diri</li> <li>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien risiko bunuh diri</li> </ol>

	<p><b>SP III p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pola koping yg biasa diterapkan pasien</li> <li>2. Menilai pola koping yg biasa dilakukan</li> <li>3. Mengidentifikasi pola koping yang konstruktif</li> <li>4. Mendorong pasien memilih pola koping yg konstruktif</li> <li>5. Menganjurkan pasien menerapkan pola koping konstruktif dalam kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP IV p</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat rencana masa depan yang realistis bersama pasien</li> <li>2. Mengidentifikasi cara mencapai rencana masa depan yang realistis</li> <li>3. Member dorongan pasien melakukan kegiatan dalam rangka meraih masa depan yang realistis</li> </ol>	<p><b>SP III k</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat</li> <li>2. Mendiskusikan sumber rujukan yang bisa dijangkau keluarga</li> </ol>
--	--	---

## FORMAT BENTUK PEMBUATAN RESUME

### LAPORAN PERTAMA

1. **Pengkajian**  
Data dalam bentuk naratif, jika hari-hari berikut ada data tambahan dapat ditulis dibawahnya dengan mencantumkan tanggal
2. **Masalah keperawatan/diagnosis**  
Masalah keperawatan dirumuskan sesuai dengan data yang ditemukan. Diagnosis dirumuskan jika sudah memungkinkan
3. **Rencana keperawatan**
  - a. Rencana keperawatan dibuat sesuai dengan prioritas masalah/ diagnosis. Jika diagnosis. Jika diagnosis belum dapat dirumuskan maka rencana dibuat berdasarkan masalah, artinya masalah dianggap sebagai etiologi diagnosis.
  - b. Rencana terdiri dari tujuan umum, tujuan khusus dan tindakan untuk tiap tujuan
4. **Catatan keperawatan**  
Semua tindakan perawat, respon klien dan rencana tindak lanjut dicatat

#### Contoh :

Laporan keperawatan, tanggal .....

D/1. Tindakan yang dilakukan, respon klien terhadap tindakan, rencana tindak lanjut (Sore, malam, pagi).

D/2. ....  
.....

Jakarta .....

Praktikan .....

NIM .....

**RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN  
DI RSJ .....**

NAMA KLIEN : ..... (inisial)      USIA : .....      RM  
NO : .....

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN			RASIONAL
		TUJUAN	KRITERIA	TINDAKAN KEPERAWATAN	

Jakarta .....

Praktikan .....

NIM .....

**IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN  
DI RSJ .....**

NAMA KLIEN :..... (inisial)

USIA : .....

Hari/Tanggal/Jam : .....

Ruangan ; .....

IMPLEMENTASI	EVALUASI
Data Kondisi Pasien:  DO: ..... DS: .....  Diagnosa Keperawatan.....  Tujuan: .....  Tindakan Keperawatan .....  Rencana Tindak Lanjut (RTL) (Planning Perawat)	S:   O:   A:   P: • Perawat • Pasien

Jakarta .....

Praktikan .....

NIM .....



**FORMAT PEMBUATAN LAPORAN  
UNIT RAWAT JALAN  
(POLIKLINIK/UGD - KEPERAWATAN JiWA)  
DI RUMAH SAKIT JiWA**

Nama Klien : \_\_\_\_\_ Ruang : \_\_\_\_\_ No. RM : \_\_\_\_\_

DIAGNOSA KEPERAWATAN	RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
Tanggal : ..... Jam : .....  Alasan :  Hasil wawancara :  Hasil observasi :  Masalah Keperawatan :  Diagnosa keperawatan :			

**ANALISA PROSES INTERAKSI (API)**

Klien : ..... (inisial)  
 Umur : .....  
 Status interaksi ke : .....  
 Fase : .....  
 Lingkungan : .....  
 Deskripsi klien : .....  
 Tujuan interaksi : .....  
 Tanggal : ..... jam : .....  
 Ruang : .....

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL

Jakarta .....

Praktikan .....

NIM .....

## RENCANA TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK

A. **TOPIK** : \_\_\_\_\_

B. **TUJUAN**

1. Tujuan umum : \_\_\_\_\_
2. Tujuan khusus :
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
  - d. Dst

C. **LANDASAN TEORI** (memberikan justifikasi bahwa TAK dibutuhkan pada kondisi klien yang akan dilibatkan)

D. **KLIEN**

1. Karakteristik/kriteria
2. Proses seleksi

E. **PENGORGANISASIAN**

1. Waktu : tanggal, hari, jam, waktu yang dibutuhkan untuk tiap langkahtindakan
2. Tim terapis : leader, co-leader, fasilitator, observer
3. Metoda dan media

F. **PROSE PELAKSANAAN**

1. Orientasi
  - a. Salam perkenalan
  - b. Penjelasan tujuan dan aturan main
2. Kerja
  - a. Langkah-langkah kegiatan
3. Terminasi
  - a. Evaluasi respon subjektif klien
  - b. Evaluasi respon objektif klien (observasi perilaku klien selama kegiatan dikaitkan dengan tujuan)
  - c. Tindak lanjut (apa yang dapat klien laksanakan setelah TAK)
  - d. Kontrak yang akan datang

**PETUNJUK TEKNIS  
PEMBUATAN MAKALAH SEMINAR**

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA  
ibu/BPK/Tn/Nn.....  
DENGAN MASALAH UTAMA .....  
DIRUANG .....RSJ .....

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN

- A. LATAR BELAKANG
- B. TUJUAN
- C. PROSES PEMBUATAN MAKALAH : Mulai dari mengidentifikasi hasil pengkajian dan observasi ruangan (kasus diruangan), studi literature / kepustakaan, diskusi kelompok, dan konsultasi dg pembimbing.

BAB II TINJAUAN TEORI

- A. PROSES TERJADINYA MASALAH
- B. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

BAB III TINJAUAN KASUS

- A. PENGKAJIAN
- B. MASALAH KEPERAWATAN
- C. POHON MASALAH & Susun DIAGNOSA KEPERAWATAN berdasarkan prioritas.
- D. PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
- E. EVALUASI

BAB IV: PEMBAHASAN

Kesesuaian antara BAB III dan BAB IV, hambatan yang ditemukan saat merawat klien dan cara menganggulangnya (**Perdiagnosis**, dan dibuat dalam bentuk narasi)

BAB V : PENUTUP

- A. KESIMPULAN (Hubungan BAB III, IV, V)
- B. SARAN ( mengacu pada kesimpulan, harus operasional).

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN (pengkajian, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi )

**PRE PLANNING HOME VISIT  
(Rencana Kunjungan Rumah)**

- A. Identitas Klien
- B. Tujuan Home Visit (Kunjungan Rumah)
- C. Rencana Tindakan Keperawatan
  - 1. Fase orientasi/perkenalan
    - a. Salam terapeutik
    - b. Kaji dan atau /validasi informasi tentang klien
    - c. Kontrak
  - 2. Fase kerja (terkait tujuan home visit) → tindakan keperawatan
    - a. Tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan
    - b. Tindakan keperawatan untuk keluarga (sesuai tugas kesehatan keluarga).
  - 3. Fase terminasi
    - a. Evaluasi respons keluarga terhadap kunjungan rumah (subyektif)
    - b. Evaluasi kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien (obyektif).
    - c. Tindak lanjut : kesepakatan keluarga untuk terlibat dalam asuhan (di rumah sakit atau di rumah).
    - d. Rencana pertemuan berikut (di rumah sakit atau di rumah).

Jakarta .....

Praktikan .....

NIM .....

**F 20**

**AKTIFITAS SEHARI-HARI**

NAMA :  
NIM :

TANGGAL :  
RUANG :

WAKTU	KEGIATAN	KETERANGAN

Jakarta, .....

Praktikan .....

NIM .....

**DAFTAR KEGIATAN PADA SETIAP STASE  
PRAKTIK PROFESI NERS  
MK. KEPERAWATAN JIWA**

<b>Minggu</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Kegiatan</b>
I		LP1 Pre & Post Conference Pengelolaan kasus+laporan kasus I Kasus kelompok
II		LP2 Pre & Post Conference Pengelolaan kasus+laporan kasus 2 Ujian praktik klinik stase akhir Kasus kelompok
III		Seminar kelompok Pengumpulan nilai dan semua tugas

**JADWAL PRAKTIK MAHASISWA  
PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS  
"KEPERAWATAN JIWA"  
DI RSJ DR. SOEHARTO HEERDJAN**

**Periode : 20 Mei s/d 23 Sep 2014 ( 5 Stase, tiap stase lamanya 14 hari )  
→ (Revisi Terbaru)  
Jumlah Mhs : 34 orang (KELAS A/ Eka Hospital)**

STASE	TGL	NAMA MHS	NIM	KET.
I	20 Mei - 6 Juni 2014	1. Ina Maelani 2. Rustiani 3. Budi Santosa 4. Rini Handayani 5. MariaSuzanna K.Saleky 6. Sondang Uly Arta P.	2014-35-038 2014-35-025 2014-35-027 2014-35-040 2014-35-053 2014-35-061	14 hari
II	16 Juni -1 Juli 2014	1. Roslina 2. Erni Wani Sinaga 3. Yekti Chrisna Nuraeni 4. Linda Vianty R 5. Syaiful Anwar 6. Anastasia Rosita Puturuhu 7. Elin	2014-35-051 2014-35-060 2014-35-043 2014-35-026 2014-35-047 2014-35-035 2014-35-028	14 hari
III	11 - 26 Juli 2014	1. Christine Septaria Sinaga 2. Elita Murni 3. Fapi Supriat Efendi 4. Hayuningtyas Purbashinta 5. Junika Erlina Sitorus 6. M. Ali Mukhsan 7. Sri Wahyuni	2014-35-023 2014-35-032 2014-35-030 2014-35-031 2014-35-054 2014-35-050 2014-35-036	14 hari
IV	11 - 26 Agt 2014	1. Nurhadi Irwan 2. Lenny Maelany 3. Lili 4. Rini Magdalena 5. Rosalina Widiharsanti 6. Winarti 7. Mas'amah	2014-35-022 2014-35-048 2014-35-049 2014-35-034 2014-35-037 2014-35-055 2014-35-046	14 hari
V	8 - 23 Sep 2014	1. Alfha Meilawati 2. Mamat Rahmat 3. Ayu Nuragestiana 4. Cindy Margaretha Polak 5. Donatus Sunu Natalis 6. Dwi Siwi Murni Hastuti 7. Yuli Zabeth Rosida	2014-35-044 2014-35-070 2014-35-029 2014-35-041 2014-35-052 2014-35-033 2014-35-042	14 HARI

**Keterangan :**

- Libur Idul Fitri : 28 Juli s/d 6 Agt 2014
- Selama praktik harus menggunakan seragam + atribut lengkap Mhs Profesi Ners Esa Unggul + NameTag RSJ Grogol.
- *Home visit* dilaksanakan diluar jam praktik.
- Ujian praktik individu & seminar kelompok dilaksanakan pada minggu terakhir praktik setiap stase ( 2 hari terakhir).

**Jakarta, 2 Juni 2014**

Program Pendidikan Profesi Ners  
Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan  
Universitas Esa Unggul

Nesti Sinaga, S.Kp. M.Kes.  
Ka. Profesi Ners



