



YAYASAN PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI

**FAKULTAS: 1. ILMU KESEHATAN; 2. KEGURUAN DAN ILMU PENDIDIKAN; 3. TEKNIK; 4. HUKUM;
5. EKONOMI DAN BISNIS; 6. ILMU HAYATI; 7. AGAMA ISLAM**

Alamat: Jl. Tuanku Tambusai No. 23 Bangkinang-Kampar-Riau Telp. 081318787713, 085263513813

Website : <http://universitaspahlawan.ac.id>; e-mail: info@universitaspahlawan.ac.id

KEPUTUSAN REKTOR UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI
NOMOR : 14.a/KPTS/UPTT/KP/III/ 2025

TENTANG

**PENUNJUKAN/ PENGANGKATAN DOSEN MENGAJAR SEMESTER GENAP PRODI S1
KEPERAWATAN, S1 GIZI, S1 KESEHATAN MASYARAKAT, S1 KEBIDANAN, PENDIDIKAN
PROFESI BIDAN, PROFESI NERS, D III KEPERAWATAN DAN D III KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU
TAMBUSAI TAHUN AKADEMIK 2024/ 2025**

REKTOR UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI

- Menimbang : a. bahwa untuk kelancaran proses pembelajaran semester genap Program Studi S1 Keperawatan, S1 Gizi, S1 Kesehatan Masyarakat, S1 Kebidanan, Pendidikan Profesi Bidan, Profesi Ners, D III Kebidanan dan D III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Tahun Akademik 2024/ 2025;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a diatas, perlu ditetapkan dengan Keputusan Rektor Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai;
- Mengingat : 1. Undang-Undang No. 16 Tahun 2001 tentang Yayasan sebagaimana yang telah diubah dengan Undang-undang No 28 Tahun 2004 tentang Yayasan;
2. Undang-Undang No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
3. Undang-Undang No. 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
4. Peraturan Pemerintah No.4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
5. Peraturan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia No. 49 Tahun 2015 tentang Kelas Jabatan di Lingkungan Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi;
6. Peraturan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Nomor 16 Tahun 2018 tentang Pedoman Tata Cara Penyusunan Statuta Perguruan Tinggi Swasta;
7. Keputusan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi No.97/KPT/I/2017 tanggal 20 Januari 2017 tentang Izin Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai;
8. Akta Notaris Ratu Helda Purnamasari, SH., MKn. No. 20. tanggal 18 September 2021 tentang Perubahan Badan Hukum Yayasan Pahlawan Tuanku Tambusai;
9. Keputusan YPTT Riau No. 01/KPTS/YPTT/2007 tentang Peraturan Tata Tertib Ketenagakerjaan (Pekerja, Karyawan dan Dosen) di lingkungan Yayasan Pahlawan Tuanku Tambusai;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan
Pertama : Menunjuk/mengangkat Dosen Mengajar Semester Genap Prodi S1 Keperawatan, S1 Gizi, S1 Kesehatan Masyarakat, S1 Kebidanan, Pendidikan Profesi Bidan, Profesi Ners, D III Kebidanan dan D III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Tahun Akademik 2024/2025 sebagaimana tersebut dalam lampiran 1, 2, 3, 4, 5, 6, dan 7 Keputusan ini;
- Kedua : Nama-nama sebagaimana tersebut dalam lampiran keputusan ini, dipandang cakap dan mampu untuk melaksanakan tugas-tugas yang dibebankan dan bertanggung jawab kepada Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai;
- Ketiga : Segala biaya yang timbul akibat dikeluarkan Surat Keputusan ini akan dibebankan kepada kas Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai;
- Keempat : Keputusan ini berlaku untuk semester genap Tahun Akademik 2024/2025, dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapannya, akan diadakan perbaikan dan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Bangkinang
Pada Tanggal : 01 Februari 2025

Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai
Rektor,



Prof. Dr. Amir Luthfi

Tembusan disampaikan kepada Yth:

1. Yayasan Pahlawan Tuanku Tambusai
2. Fakultas Ilmu Kesehatan
3. Bendahara Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

DAFTAR : LAMPIRAN SURAT KEPUTUSAN REKTOR UNIVERSITAS PAHLAWAN
TANGGAL : 01 FEBRUARI 2025
NOMOR : 14.a/KPTS/UPTT/KP/II/2025

DISTRIBUSI MATA AJAR & DOSEN PENGAMPU/PENGAJAR SEMESTER GENAP
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI
TAHUN AJARAN 2024/2025

SEMESTER II

Kode MK	MATA KULIAH	BOBOT / SKS	T	P	K	L	DOSEN PENGAMPU	PENGAJAR
KEP. 2.04	Farmakologi	3	2	1			Rinaldi Irwan, S.Farm,Apt, M.Kes	Rinaldi Irwan, S.Farm,Apt, M.Kes (2 SKS T, 1 SKS P)
KEP. 2.05	Patofisiologi	2	1	1			Ns. Muzakkir Fahmi,S.Kep,MKM	Ns. Muzakkir Fahmi,S.Kep,MKM (1 SKS T, 1 SKS P)
KEP. 3.04	Etika Keperawatan	2	1	1	-		M.Nizar Syarif Hamidi, M.Kes	M.Nizar Syarif Hamidi, M.Kes (2 SKS)
KEP. 5.01	Keperawatan Dasar	5	3	2			Ns. Erma Kasumayanti,M.Kep	Ns. Rozitri Gutama,M.Kep (1 SKS T, 1 SKS P)
								Ns. Ridha Hidayat,M.Kep (1 SKS T, 0,5 SKS P)
								Ns. Erma Kasumayanti,M.Kep,(1 SKS T, 0,5 SKS P)
KEP. 2.02	Gizi & Diet	2	1	1			Nur Afrinis,M.Si	Nur Afrinis,M.Si (1 SKS T, 1 SKS P)
KEP. 2.03	Anatomi Fisiologi	2	1	1			Ns. Rozitri Gutama,M.Kep	Ns. Rozitri Gutama,M.Kep (1 SKS T, 1 SKS P)
UP 0106	Kebijakan Kesehatan	2	2				Sri Hardiati, SST, M.Si	Sri Hardiati,SST,M.Si (2 SKS T)
KEP04.02	Dokumentasi Keperawatan	2	2	0			Ns. Rozitri Gutama,M.Kep	Ns. Rozitri Gutama,M.Kep (2 SKS T)
	TOTAL	20	13	7		-		

SEMESTER IV

KODE MK	MATA KULIAH	BOBOT / SKS	T	P	K	L	DOSEN PENGAMPU	PENGAJAR
KEP 20901	TIDK	2	1	1			Ns. Muzakkir Fahmi,S.Kep,MKM	Ns. Muzakkir Fahmi,S.Kep,MKM (1 SKS T, 1 SKS P))
KEP 20622	KMB II	3	1	1			Ns. Rozitri Gutama,M.Kep	Ns. Rozitri Gutama,M.Kep (1 SKS T, 1 P)
			1					Ns. Apriza, M.Kep, P.hD (1 SKS T)
KEP 20322	Keperawatan Jiwa	3	2	1			Ns. Nia Aprilla, M.Kep	Ns. Nia Aprilla, M.Kep (2 SKS T, 1 SKS P)
KEP 20222	Pelayanan Kesehatan Lansia	3	1	1		1	Ns.Gusman Virgo, S.Kep, M.KL	Ns.Gusman Virgo, S.Kep, M.KL (2 SKS T, 1SKS P)
KEP 20122	Penuaan dan Proses Degenerasi	2	1				Ns.Gusman Virgo, S.Kep, M.KL	Ns. Indrawati, S.Kep, M.KL (1 SKS T)
			1					Ns.Gusman Virgo, S.Kep, M.KL (1 SKS T)
KEP 20422	Praktik Klinik Keperawatan Maternitas	2			1		Ns. Neneng.FN, M.Biomed	Ns. Neneng.FN, M.Biomed (1 SKS L)
					1			Ns. Riani, M.Kes (1 SKS L)
KEP 20522	Praktik Klinik Keperawatan Anak	2			1		Ns. Putri Eka Sudiarti,M.Kep	Ns. Putri Eka Sudiarti,M.Kep (1 SKS L)
					1			Ns. Ridha Hidayat, M.Kep (1 SKS L)

KEP 20722	Praktik Klinik Keperawatan Jiwa	2			1		Ns. Nia Aprilla, M.Kep	Ns. Nia Aprilla, M.Kep (1 SKS L)
					1			Ns. Alini, M.Kep (1 SKS L)
KEP 20622	Praktik Klinik Keperawatan Medikal Bedah	4			1		Ns.Yenny Safitri, M.Kep	Ns. M.Nurman, M.Kep (1 SKS L)
					1			Ns.Yenny Safitri, M.Kep (1 SKS L)
					1			Ns. Apriza, M.Kep, P.hD (1 SKS L)
					1			Ns. Riani, M.Kes (1 SKS L)
TOTAL		23	8	4	10	1		

SEMESTER VI

KODE MK	MATA KULIAH	BOBOT / SKS	T	P	K	L	KOORDINATOR / PENGAMPU	PENGAJAR
KEP 3.06	Kewirausahaan	2	2	-	-	-	Ns. Rozitri Gutama,M.Kep	Ns. Rozitri Gutama,M.Kep (2 SKS T)
KEP.12.02	Manajemen Pasien Safety	2	2	-	-	-	Ns.Hariet Rinancy,M.Kep	Ns.Hariet Rinancy,M.Kep (2 SKS T)
ML.201	Terapy komplementer II	2	1	1			Ns. Muzakkir Fahmi,S.Kep,MKM	Ns. Muzakkir Fahmi,S.Kep,MKM (1 SKS T, 1 SKS P)
KEP 0804	PKK III	2			2		Ns. Riani, M.Kes	Ns. Riani, M.Kes (1 SKS L)
								Ns. Apriza, M.Kep, P.hD (0,5 SKS L)
								Ns. Neneng.FN, M.Biomed (0,5 SKS L)
	KTI	3	-	-	-	3	Ns. Muzakkir Fahmi,S.Kep,MKM	Ns. Muzakkir Fahmi,S.Kep,MKM (3 SKS L)
TOTAL		11	5	1	2	3		

Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai
Rektor



Prof. Dr. Amir Luthfi

BUKU PANDUAN
PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN (PKK) Jiwa



DISUSUN OLEH:
TIM KEPERAWATAN Jiwa

PROGRAM STUDI DIPLOMA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI
TAHUN AJARAN 2024/2025

**PROGRAM STUDI DIPLOMA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI**

A. DESKRIPSI MATA AJAR

Praktik Klinik Keperawatan (PKK) Jiwa merupakan aplikasi dari mata kuliah keperawatan jiwa. Rangkaian kegiatan PKK jiwa dilaksanakan agar mahasiswa mampu mengembangkan kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotorik pada saat melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan menerapkan prinsip-prinsip komunikasi terapeutik dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan jiwa pada pasien, keluarga, kelompok khusus, serta tenaga kesehatan.

B. TUJUAN MATA AJAR

Setelah menyelesaikan kegiatan PKK jiwa diharapkan mahasiswa mampu :

1. Melakukan proses keperawatan kesehatan jiwa meliputi: pengkajian secara komprehensif, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi, implementasi dan evaluasi pada klien gangguan jiwa.
2. Mampu melakukan terapi aktifitas kelompok (TAK) sosialisasi

C. LINGKUP PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN

1. Mahasiswa melakukan tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan kesehatan jiwa antara lain :
 - a. Harga diri rendah
 - b. Isolasi sosial
 - c. Halusinasi
 - d. Resiko perilaku kekerasan
 - e. Defisit perawatan diri
2. Melaksanakan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan kesehatan jiwa pada klien

D. KOMPETENSI PKK JIWA

1. Melakukan pengkajian secara komprehensif pada klien yang mengalami gangguan kesehatan jiwa dengan menggunakan proses keperawatan kesehatan jiwa meliputi :
 - a) Pengumpulan data secara komprehensif pada satu kasus (masalah utama) sesuai dengan format pengkajian keperawatan kesehatan jiwa.
 - b) Menganalisa dan menginterpretasikan data yang ditemukan dalam rangka mengidentifikasi masalah klien
 - c) Membuat daftar masalah keperawatan
 - d) Membuat pohon masalah dan menentukan masalah utama
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami gangguan kesehatan jiwa.
3. Menyusun rencana dan melakukan tindakan keperawatan pada klien gangguan kesehatan jiwa berdasarkan standar asuhan keperawatan kesehatan jiwa:
 - a) Membantu pelaksanaan terapi individu dan kelompok

- b) Melibatkan keluarga dalam tindakan keperawatan
- c) Melaksanakan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya
- d) Mempersiapkan klien yang akan melaksanakan pemeriksaan penunjang
- 4. Mengevaluasi, merevisi dan memodifikasi tindakan keperawatan pada klien yang mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa.
- 5. Mendokumentasikan seluruh asuhan keperawatan pada klien dan keluarga.
- 6. Melakukan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi

E. PENUGASAN

- 1. Mahasiswa ditugaskan di RSJ dan fokus merawat satu orang klien kelolaan utama selama 1 minggu menggunakan formulir yang telah disediakan dan minggu berikutnya mengelola pasien kelolaan baru.
- 2. Setiap mahasiswa membuat satu laporan pendahuluan sesuai dengan masalah keperawatan utama yang ditemukan pada klien kelolaan
- 3. Membuat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SP) setiap hari sebagai acuan dalam berinteraksi dengan klien
- 4. Membuat catatan perkembangan klien (implementasi dibuat secara singkat dan evaluasi dalam bentuk SOAP) setiap kali berinteraksi dengan klien
- 5. Membuat ADL yang diketahui oleh pembimbing klinik
- 6. Melakukan TAK Sosialisasi pada minggu pertama
- 7. Setiap kelompok mengelola 1 pasien kelolaan yang akan diseminarkan di minggu kedua

F. METODE BIMBINGAN

- 1. *Bedside teaching*
- 2. *Pre conference*
- 3. *Post conference*
- 4. *Supervisi*

G. TUGAS PEMBIMBING

- 1. Mengadakan pertemuan awal (*preconference*) dan menjelaskan tentang bimbingan serta penugasan terhadap mahasiswa
- 2. Melaksanakan bimbingan terhadap mahasiswa keperawatan dan melaksanakan PKK Jiwa dengan menggunakan metode dan strategi yang sesuai dengan kondisi lahan
- 3. Membimbing dan mengawasi segala kegiatan yang dilakukan oleh mahasiswa dalam rangka pencapaian kompetensi PKK Jiwa
- 4. Melakukan *post conference* untuk evaluasi dan terminasi
- 5. Mengadakan evaluasi kegiatan PKK Jiwa serta melakukan penilaian terhadap mahasiswa.

H. TATA TERTIB PRAKTIK LAPANGAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA KOMUNIKASI DALAM KEPERAWATAN

a. Ketentuan umum

- 1) Jadwal dinas ditentukan oleh CI lapangan

- 2) Selama praktek, setiap mahasiswa diwajibkan berkoordinasi dengan pembimbing akademik

b. Ketentuan khusus

1) Penampilan/ pakaian

- a) Memakai pakaian almamater lengkap
- b) Tidak diperkenankan memakai perhiasan kecuali jam tangan
- c) Tidak menghias muka secara mencolok
- d) Kuku pendek
- e) Memakai jilbab warna putih bagi mahasiswa perempuan
- f) Memakai sepatu yang telah ditetapkan oleh pihak kampus

2) Waktu praktek dan kehadiran

a) Waktu praktek dan ruangan praktek

- Pagi : Jam 07.00 Wib s/d 14.30 Wib

b) Kehadiran

- Mahasiswa wajib hadir 100% selama praktik
- Mahasiswa wajib mengisi daftar hadir

3) Pengumpulan tugas

- Tugas dikumpulkan sesuai dengan jadwal yang telah disepakati dengan pembimbing
- Tugas dan laporan dibuat sesuai dengan format yang telah disediakan

4) Sanksi pelanggaran tata tertib

- Teguran lisan/ tulisan
- Mengganti jam praktik apabila mahasiswa tidak hadir/ terlambat hadir sesuai dengan ketentuan diatas. Jika tidak diganti maka nilai mahasiswa tersebut belum lengkap (BL)
- Alfa, ganti dinas 3 hari
- Izin, ganti dinas 2 hari
- Sakit, ganti dinas 1 hari.tergantung jumlah hari sakit
- Tugas yang terlambat dikumpulkan akan dikurangi nilainya

I. EVALUASI

Evaluasi PKK jiwa meliputi :

- a) Aspek kognitif (LP, askep, API, dan ADL) : 30%
- b) Aspek afektif (penilaian performance) : 30%
- c) Aspek psikomotorik : 40%

Penilaian tersebut akan diformasikan menjadi nilai akhir dalam bentuk nilai mutu (A, A-, B+, B, C+, C, D, E) Nilai paling rendah untuk dinyatakan lulus praktek lapangan keperawatan kesehatan jiwa dan komunikasi dalam keperawatan adalah B

DAFTAR PUSTAKA

- Fontaine, K.L (2009). *Mental healh nursing* (7th Edition). New Jersey : pearson education, Inc.
- Fortinas, K.M. & Worret, P.A.H. (2004). *Psyhiatric mental health nursing* (3rd. Edition). St. Louis: Mosby
- Kaplan & Saddock, (2005). *Comprehensive textbook of psychiatri* (8th Ed). Lippincott: Williams & Wilkins
- Kaplan & Saddock, (2010). *Sinopsis psikiatri*. Jilid 1 dan 2. Jakarta: Binarupa aksara
- Keliat, B.A & Sinaga, B.R (1991). *Asuhan keperawatan pada klien marah*. Jakarta: EGC
- Keliat, B.A (2003). *Pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa pusat Bogor*. Disertasi. Jakarta : FKM UI
- Keliat dkk. (2005). *Modul BC community mental health nursing (CMHN)*. Jakarta: WHO-FIK UI
- Keliat, B.A & Akemat (2004). *Keperawatan jiwa : terapi aktivitas kelompok*. Jakarta: EGC
- Keliat dkk. (2005). *Proses keperawatan kesehatan jiwa*. Edisi 2. Jakarta : EGC
- Miramis, W.F & Miramis, A.A (2009). *Catatan ilmu kedokteran jiwa*. Edisi 2. Surabaya : pusat penerbitan dan percetakan
- Nanda. (2009). *Nanda nursing diagnosis definition and classification*. Philadelphia: Author
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and practice of psyhiatric nursing* (9th edition). St. Louis : mosby
- Suliswati, dkk. (2005). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta : EGC
- Varcarolis, E.M. (2010). *Foundation of psyhiatric mental health nursing a clincal approach* (sixth edition) missouri : soulders elsevier
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar keperawatan jiwa*. Jakarta : penerbit buku kedokteran EGC
- Yosep, iyus. (2010). *Keperawatan jiwa*. Bandung : refika Aditama

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Ruang rawat _____

Tanggal dirawat _____

I. Identitas Klein

Nama Klien (Inisial) : _____

Tanggal Pengkajian : _____

Umur : _____

RM No. : _____

Penanggung Jawab : _____

II. Alasan masuk

III. Faktor predisposisi

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

2. Pengobatan sebelumnya ☐ Berhasil ☐ Kurang berhasil ☐ Tidak berhasil

3.

	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
--	-------------	-------------	------------

Aniaya fisik	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Aniaya seksual	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Penolakan	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Kekerasan dalam keluarga	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Tindakan kriminal	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Jelaskan No. 1, 2, 3 : _____

Masalah keperawatan : _____

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

Kalau ada :

Hubungan keluarga :

Gejala :

Riwayat pengobatan? Perawatan :

Masalah Keperawatan :

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Masalah keperawatan

IV. Fisik

1. Tanda-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 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 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 |

Jelaskan : _____

Masalah keperawatan : _____

9. Isi pikir

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Obsesi | ☐ Fobia | ☐ Hipokondria |
| ☐ Depersonalisasi | ☐ Ide yang terkait | ☐ Pikiran Magis |
| Waham | | |
| ☐ Agama | ☐ Somatik | ☐ kebesaran ☐ Curiga |
| ☐ Nihilistik | ☐ 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 | ☐ Tangensial |
| ☐ Gangguan daya ingat saat ini | ☐ Blocking |

Jelaskan : _____

Masalah keperawatan : _____

12. Tingkat konsentrasi

☐ Mudah beralih ☐ Tidak mampu konsentrasi ☐ Tidak mampu berhitung

sederhana

Jelaskan : _____

Masalah keperawatan : _____

13. Kemampuan penilaian

Gangguan ringan

☐ Gangguan bermakna

Jelaskan : _____

Masalah keperawatan : _____

14. Daya tilik diri

☐ Mengingkari penyakit yang di derita ☐ Menylahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : _____

Masalah keperawatan : _____

VII. Kebutuhan perencanaan pulang

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| ▪ Makanan | ☐ Ya | ☐ Tidak |
| ▪ Keamanan | ☐ Ya | ☐ Tidak |
| ▪ Perawatan kesehatan | ☐ Ya | ☐ Tidak |
| ▪ Pakaian | ☐ Ya | ☐ Tidak |
| ▪ Transportasi | ☐ Ya | ☐ Tidak |
| ▪ Tempat tinggal | ☐ Ya | ☐ Tidak |
| ▪ Uang | ☐ Ya | ☐ Tidak |

Jelaskan : _____

2. Kegiatan hidup sehari-hari

a. Perawatan diri

☐☐

- | | Bantuan minimal | Bantuan total |
|-----------------|--|--|
| ▪ Mandi | | |
| ▪ Kebersihan | ☐ Bantuan minimal | ☐ Bantuan total |
| ▪ Makan | ☐ Bantuan minimal | ☐ Bantuan total |
| ▪ BAK/BAB | ☐ Bantuan minimal | ☐ Bantuan total |
| ▪ Ganti Pakaian | ☐ Bantuan minimal | ☐ Bantuan total |

Jelaskan : _____

b. Nutrisi

- Puas dengan pola makan : ☐ Ya ☐ Tidak
- Nafsu makan : ☐ Meningkat ☐ Menurun ☐ Berlebihan
- Berat badan : ☐ Meningkat ☐ Menurun
- Frekuensi makan sehari : Kali
- Frekuensi makan sehari : Kali
- BB terendah : Kg
- BB tertinggi : Kg
- Makan memisahkan diri : ☐ Ya ☐ Tidak

Jelaskan : _____

c. Tidur

- Ada masalah tidur : ☐ Ya ☐ Tidak
- Merasa segar setelah bangun : ☐ Ya ☐ Tidak

▪ Ada kebiasaan tidur siang : Tidak Ya, Berapa jam

▪ Tidur malam jam : Bangun Jam :
☐ : ☐ ☐

▪ Gangguan tidur :
terlalu lama ☐ Sulit untuk tidur ☐ Berbicara saat tidur ☐ Bangun
Somnalisme ☐ Terbangun saat tidur ☐ Gelisa saat tidur ☐

Jelaskan :

3. Kemampuan klien dalam :

a. Mengantisipasi kebutuhan sendiri ☐ Ya ☐ Tidak

b. Membuat keputusan sendiri ☐ Ya ☐ Tidak

c. Mengatur penggunaan obat ☐ Ya ☐ Tidak

d. Melakukan pemeriksaan kesehatan ☐ Ya ☐ Tidak

Jelaskan :

4. Sistem pendukung :

a. Keluarga : ☐ Ya ☐ Tidak

b. Terapis : ☐ Ya ☐ Tidak

c. Teman sejawat : ☐ Ya ☐ Tidak

d. Kelompok sosial : ☐ Ya ☐ Tidak

Jelaskan :

5. Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobi?

Ya ☐ Tidak ☐

Jelaskan :

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 _____

Jelaskan : _____

IX. Aspek medik

Diagnosa medik : _____

X. Daftar masalah keperawatan

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

XI. Analisis data

NO	DATA	MASALAH KEPERAWATAN

XII. Pohon masalah

XIII. Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : _____

Nama Mahasiswa : _____

DX Medis : _____

NIM : _____

RM No. : _____

Tgl	No Dx	Dx Keperawatan	Perencanaan		
			Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi

CATATAN KEPERAWATAN

Nama Klien :

Umur :

Ruangan :

No RM :

Hari/Tgl & Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf & Nama Perawat
	Data :	S :	
	Diagnosa Keperawatan :	O :	
	Tindakan Keperawatan :	A :	
	Rencana Tindak Lanjut :	P :	

**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 —————→ Lihat RM
3. Mahasiswa menuliskan sumber data yang didapat.

II. Alasan Masuk

Tanyakan kepada klien/ keluarga :

1. Apa yang menyebabkan klien / keluarga datang kerumah sakit saat ini ?
2. Apa yang 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 “√” pada kotak “ya” dan bila tidak beri tanda “√” pada kotak “tidak”.
2. Jika pada poin satu “ya” maka tanyakan bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, jika klien dapat beradaptasi dengan masyarakat tanpa gejala-gejala gangguan jiwa maka beri tanda “√” pada kotak “berhasil” jika klien dapat beradaptasi, tetapi masih ada gejala-gejala sisa maka beri tanda “√” pada kotak “kurang berhasil” jika tidak ada kemajuan atau gejala-gejala bertambah atau menetap maka beri tanda “√” pada kotak “tidak berhasil”.
3. Tanyakan pada klien apakah klien pernah melakukan dan atau mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal, beri tanda “√” sesuai dengan penjelasan klien/keluarga, jika klien sebagai pelaku atau korban, atau saksi, maka beri tanda “√” pada kotak pertama, dan isi usia saat kejadian pada kotak kedua. Jika klien pernah sebagai pelaku dan korban serta saksi (2 kali atau lebih) tuliskan pada penjelasan.
 - a. Beri penjelasan 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 tidak beri tanda “√” pada kotak “tidak”. Jika ada anggota keluarga lama yang mengalami gangguan jiwa, 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 pengalamanyang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan/ perpisahan, trauma, kematian) yang pernah dialami klien pada masa lalu.

IV. Fisik

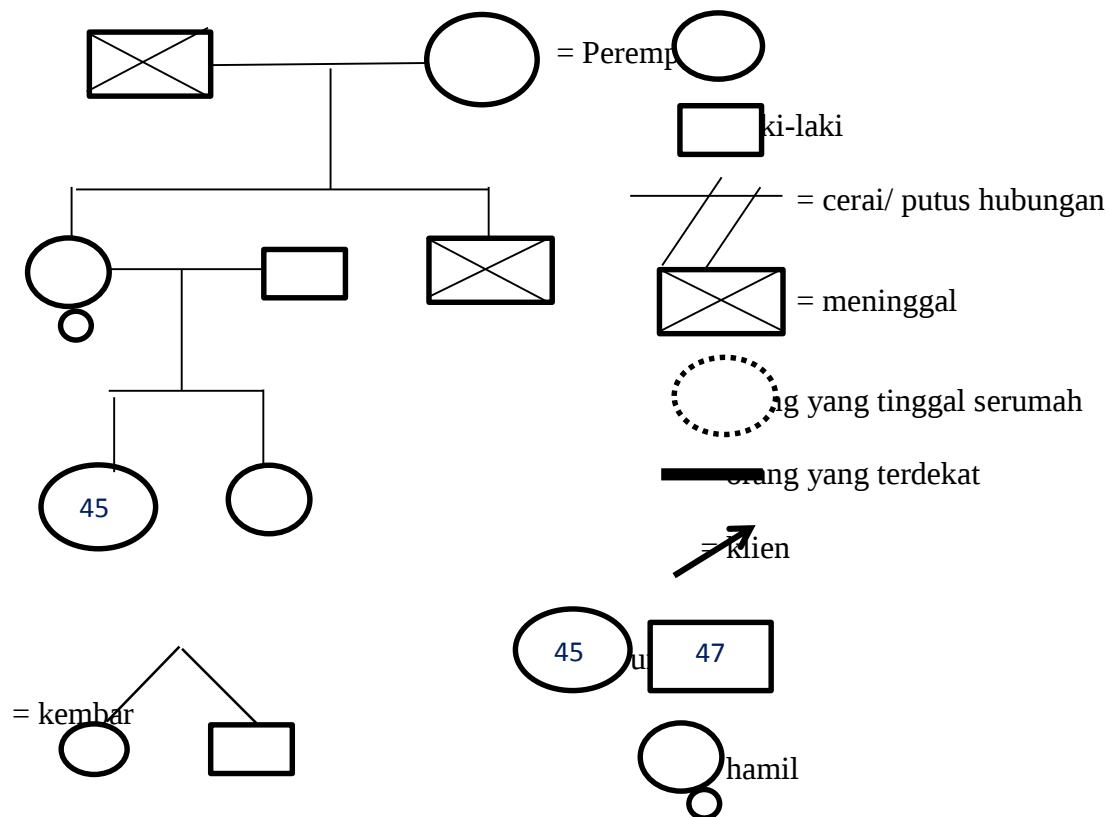
Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ :

1. Ukur dan observasi tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan klien.
2. Ukur tinggi badan dan berat badan klien
3. Tanyakan pada klien / keluarga, apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien, jika ada beri tanda “√” dikotak “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.

V. Psikososial

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

- 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 (sekolah, keluarga, 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
- Evaluasi/ 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 dan dukungan.
- b. Tanyakan kepada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.

- c. Tanyakan kepada klien sejauh mana ia terlibat dalam kelompok dalam masyarakat.
 - d. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
4. Spiritual
- a. Nilai dan keyakinan : tanyakan:
 - Pandangan dan keyakinan, terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma dan agama yang dianut
 - Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa
 - b. Kegiatan ibadah : tanyakan :
 - Kegiatan ibadah dirumah secara individu dan kelompok
 - Pendapat klien/keluarga tentang kegiatan ibadah
 - c. Masalah keperawatan ditulis dengan data

VI. Status Mental

Beri tanda “√” pada kotak sesuai dengan keadaan klien (boleh 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, pakain dalam dipakai diluar pakaian
- c. Cara berpakaian tidak seperti biasanya jika gangguan pakaian tidak tepat (waktu, tempat, identitas, situasi/kondisi)
- d. Jelaskan hal-hal yang ditampilkan klien dan kondisi lain yang tidak tercantum
- e. Masalah keperawatan ditulis dengan data

2. Pembicaraan

- a. Amati pembicaraan yang ditemukan pada klien, apakah cepat, kerap gagap, membisu, apatis dan atau lambat
- b. Apabila pembicaraan berpindah dari dari satu kalimat ke kalimat yang lain yang tidak ada kaitannya beri tanda “√” 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, gelisa sudah cukup jelas dipahami
- b. Agitasi : gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan
- c. Tik : gerakan otot muka yang tidak terkontrol
- d. Grimasen : gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat terkontrol klien
- e. Tremor : jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menjulurkan tangan dan merentangkan jari-jari
- f. Kompulsip : 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 didapatkkan 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 dengan data
5. Afek
- Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/ keluarga
- a. Datar : tidak ada perubahan rona 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 dan tidak mau menatap lawan bicara
 - c. Defensif, selalu berusaha mempertahankan pandangan dan kebenaran dirinya
 - d. Curiga, menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya pada orang lain
 - e. Jelaskan hal-hal 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, tetapi sampai pada tujuan pembicaraan
 - b. Tangensial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan
 - c. Kehilangan asosiasi : pembicaraan tidak 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. *Blocking* : pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali
 - f. Perseverasi : pembicaraan yang diulang berkali-kali
 - g. Jelaskan apa yang dikatakan klien pada saat wawancara
 - h. Masalah keperawatan ditulis 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 dengan 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 keadaan 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 kenyatannya
 - Curiga : klien mempunyai keyakinan bahwa ada seseorang atau kelompok berusaha merugikan atau mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang-ulang tidak sesuai dengan kenyataan
 - Nihilistik : klien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia yang dinyatakan berulang-ulang yang tidak sesuai dengan kenyataan
- h. Waham yang bizar
- Sisip pikir : klien yakin ada ide pikiran orang lain yang disisipkan dalam pikiran yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyatannya
 - Siar pikir : klien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun klien tidak menyatakan kepada orang tersebut
 - Kontrol pikir : klien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar
- i. Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara
- j. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data
10. Tingkat kesadaran
- Data tentang bingung dan sedasi diperoleh melalui wawancara dan observasi (waktu, tempat, orang)
- a. Konfusi/bingung : tampak bingung dan kacau
 - b. Sedasi : menyatakan merasakan melayang- layang antara sadar dan tidak sadar
 - c. Stupor : gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang diulang
 - d. Orientasi waktu, tempat, orang jelas
 - e. Jelaskan data objektif dan subjektif yang terkait hal-hal diatas
 - f. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data
 - g. Jelaskan apa yang dikatakan 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 : tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi
 - d. Jelaskan sesuai dengan data terkait
 - e. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data
12. Tingkat konsentrasi dan berhitung
- 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 evaluasi
- a. Gangguan kemampuan penilaian ringan : dapat mengambil keputusan sederhana dengan bantuan orang lain. Misalnya, berikan kesempatan kepada 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 mandi dulu sebelum makan, atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan klien masih tidak mampu memberi keputusan
 - c. Jelaskan sesuai dengan data terkait
 - d. Masalah keperawatan sesuai data
14. Daya tilik diri
- Data diperoleh melalui wawancara
- a. Mengingkari penyakit yang diderita : tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan
 - b. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya : menyalahkan orang lain/ lingkungan yang menyebabkan kondisi saat orang lain 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. Eliminasi (BAB/BAK)

Observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK

 - a. Pergi ke toilet, menggunakan dan membersihkan toilet
 - b. Membersihkan diri dan merapikan pakain
3. Kebersihan diri
 - 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. Berhias/berdandan
 - 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 :

 - a. Lama dan waktu tidur siang/ malam
 - b. Persiapan sebelum tidur (menyikat gigi, cuci kaki dan berdoa)
 - c. Kegiatan sesudah tidur, seperti, merapikan tempat tidur, mandi/cuci muka dan menyikat gigi.
6. Penggunaan obat

Observasi dan tanyakan kepada klien dan keluarga tentang:

 - a. Penggunaan obat : frekuensi, jenis, dosis, waktu, dan cara
 - b. Reaksi obat
7. Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan kepada klien dan keluarga tentang :

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

Tanyakan kemampuan klien dalam :

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

9. Kegiatan diluar rumah

Tanyakan kemampuan klien :

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

VIII. Mekanisme Koping

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

IX. Aspek Medik

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

X. Pengetahuan

Data didapatkan melalui wawancara dengan klien. Pada tiap item yang dimiliki 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 Masalah Keperawatan

Tuliskan semua masalah disertai data pendukung, yaitu data subjektif dan data objektif.

XIII. Daftar Diagnosa Keperawatan

- a. Rumusan diagnosa keperawatan berdasarkan pohon masalah
- b. Urutkan diagnosa sesuai dengan prioritas

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

Nama Klien :
 DX Medis :
 RM No. :

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, menunjukan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebut nama, menjawab salam, mau duduk berdampingan, 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 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: • Kemampuan yang dimiliki klien • Aspek positif keluarga • Aspek positif lingkungan	2.1 diskusikan dengan klien tentang : • Aspek positif yang dimiliki klien • 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 menilaikemampuan 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 melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat	4. 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 dilaksanakan klien

PETUNJUK TEKNIS PEMBUATAN LAPORAN PENDAHULUAN

- I. Tinjauan teori, terdiri dari:
 - a. Pengertian
 - b. Rentang resepons
 - c. Faktor penyebab
 - d. Proses terjadinya
 - e. Mekanisme koping
 - f. Penatalaksanaan
 - g. Prinsip tindakan keperawatan
- II. Asuhan keperawatan teoritis, terdiri dari:
 - a. Pengkajian
 - Identitas klien
 - Alasan masuk
 - Faktor predisposisi
 - Fisik
 - Psikososial : konsep dijelaskan satu persatu
 - Status mental : diuraikan satu persatu, sesuai dengan gejala penyakit yang mendukung kasus
 - Kebutuhan persiapan pulang
 - Mekanisme koping
 - Masalah psikososial dan lingkungan
 - Pengetahuan
 - Aspek medic
 - b. Daftar masalah keperawatan (secara teoritis)
 - c. Analisa data / pohon masalah (secara teoritis)
 - d. Diagnosa keperawatan
 - e. Rencana tindakan keperawatan kesehatan jiwa (untuk masalah keperawatan utama)
 - f. Tindakan keperawatan kesehatan jiwa (secara teoritis)
 - g. Evaluasi tindakan keperawatan kesehatan jiwa (secara teoritis)
- III. Daftar Pustaka

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Risiko Perilaku Kekerasan	Definisi : Keadaan dimana seseorang/individu menunjukkan resiko perilaku kekerasan yang ditunjukkan pada diri sendiri atau orang lain dapat berupa resiko kekerasan fisik, emosional dan atau seksual (NANDA-I 2009-2011)	
	Pasien SP I p 1. Mengidentifikasi penyebab PK 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK 3. Mengidentifikasi PK yang dilakukan 4. Mengidentifikasi akibat PK 5. Menyebutkan cara mengontrol PK 6. Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I 7. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian SP II p 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik II 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian SP III p 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara Verbal 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian SP IV p 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara spiritual 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian SP V p 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol PK dengan minum obat 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	Keluarga SP I k 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan pengertian PK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya PK 3. Menjelaskan cara merawat pasien dengan PK SP II k 1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien PK SP III k 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>) 2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Isolasi Sosial	Definisi : Suatu pengalaman kesendirian/menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam (NANDA-1 2009-2011)	
	Pasien SP I p 1. Mengidentifikasi penyebab isolasi social pasien 2. Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain 3. Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain 4. Mengajarkan Pasien cara berkenalan dengan satu orang 5. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian SP II p 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Memberikan kesempatan kepada pasien mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang 3. Membantu pasien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian SP III p 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Memberikan kesempatan kepada pasien berkenalan dengan dua orang atau lebih 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	Keluarga SP 1 k 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi social yang dialami pasien beserta proses terjadinya 3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien isolasi social SP II k 1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan isolasi social 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien isolasi social SP III k 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>) 2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Harga Diri Rendah Kronik	Definisi : Keadaan dimana seseorang/individu mengalami evaluasi dari negative atau merasakan tentang dirinya atau kempuan dirinya yang negative berlangsung dalam waktu lama(> 6 bulan), (NANDA-1 2009-2011)	
	Pasien SP I p 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien 2. Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang masih dapat digunakan 3. Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien 4. Melatih Pasien sesuai kemampuan yang di pilih 5. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien 6. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian SP II p 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih kemampuan kedua 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	Keluarga SP I k 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yang di alami pasien beserta proses terjadinya 3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien harga diri rendah SP II k 4. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah 5. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien harga diri rendah SP III k 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>) 2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Halusinasi	Definisi :Keadaan dimana individu mengalami perubahan dalam jumlah atau pola rangsang yang masuk dikaitkan dengan penurunan, peningkatan, distrorsi atau kerusakan respon terhadap stimulus/rangsang (NANDA-1 2009-2011)	
	Pasien SP I p 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien 2. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien 3. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien 4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien 5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 6. Mengidentifikasi respons pasien terhadap halusinasi 7. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi 8. Mengajarkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian SP II p 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian SP III p 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang bisa dilakukan pasien) 3. Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian SP IV p 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien	Keluarga SP I k 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya 3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi SP II k 1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan halusinasi 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi SP III k 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>) 2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Defisit Perawatan Diri (mandi, berpakaian dan berdandan, makan, toileting)	Definisi : Ketidakmampuan untuk menampilkan atau melakukan (mandi lengkap / aktivitas perawatan diri; berpakaian dan berdandan, makan, toileting) untuk dirinya (NANDA-I 2009-2011)	
	Pasien SP I p 1. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri 2. Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri 3. Membantu pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri 4. Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian SP II p 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Menjelaskan cara makan yang baik 3. Membantu pasien mempraktekkan cara makan yang baik 4. Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian SP III p 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Menjelaskan cara eliminasi yang baik 3. Membantu pasien mempraktekkan cara eliminasi yang baik dan memasukkan dalam jadwal 4. Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian SP IV p 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Menjelaskan cara berdandan 3. Membantu pasien mempraktekkan cara berdandan 4. Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	Keluarga SP 1 k 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan Pengertian, tanda dan gejala defisit perawatan diri, dan jenis deficit perawatan diri yang dialami pasien beserta proses terjadinya SP II k 1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan deficit perawatan diri 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien deficit perawatan diri SP III k 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>) 2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

FORMAT
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

NAMA MAHASISWA :
NAMA PASIEN / RUANG :
NO. MR :
HARI / TANGGAL :
HARI KE / PERTEMUAN KE :
FASE :

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

Data Subjektif:

Data Objektif

2. Diagnosa Keperawatan

3. Tujuan Keperawatan

Tujuan Khusus

4. Tindakan Keperawatan

B. Strategi Komunikasi Terapeutik

1. Fase Orientasi

a. Salam therapeutic

b. Evaluasi / Validasi

c. Kontrak

✓ Topik :

✓ Waktu :

✓ Tempat :

2. Fase Kerja

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Respon Klien Terhadap Tindakan Keperawatan Evaluasi Subjectif

Evaluasi Objektif :

b. Rencana Tidak Lanjut :

c. Kontrak Yang Akan Datang (untuk pertemuan I, dst)

✓ Topik

✓ Waktu

✓ Tempat



UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI

Daftar Peserta Kuliah dan Nilai Akhir (DPNA)

PRODI : KEPERAWATAN

NAMA : NIA APRILLA, Ners, S.Kep, M.Kep

NIP/NIDN : 096542190

TAHUN AJARAN : 2024/2025 Genap

MATA KULIAH : PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA

KELAS : A

NO	NIM	NAMA	AKT. PARTISIPATIF	HASIL PROYEK	NILAI TUGAS	NILAI QUIZ	NILAI MID	NILAI UAS	NILAI ANGKA	NILAI HURUF
1	2314401001	ANGGI ALLIFIA IRAWAN	79	0	0	0	0	0	79	B+
2	2314401002	ELIA RAMADHANI	79	0	0	0	0	0	79	B+
3	2314401003	FAUZA KAMILAH	80	0	0	0	0	0	80	A-
4	2314401004	HAIRUL AZMI	79	0	0	0	0	0	79	B+
5	2314401005	HAWA ANISA	79	0	0	0	0	0	79	B+
6	2314401006	LILY NURSAPIKA	80	0	0	0	0	0	80	A-
7	2314401007	NURAINI SYAHPUTRI	80	0	0	0	0	0	80	A-
8	2314401008	SINDI ATIKA SARI	80	0	0	0	0	0	80	A-
9	2314401009	NURHAZWIN	80	0	0	0	0	0	80	A-
10	2314401010	PUTRI ALFIRA SALSABILA	80	0	0	0	0	0	80	A-
11	2314401011	ALFIN FADLI	79	0	0	0	0	0	79	B+
12	2314401014	KARLINA RAHAYU	79	0	0	0	0	0	79	B+
13	2314401015	REZA WULAN DARI	80	0	0	0	0	0	80	A-
14	2314401016	RESTI AGESTIA	79	0	0	0	0	0	79	B+
15	2314401017	ASTIA WULANDARI	79	0	0	0	0	0	79	B+
16	2314401018	LIA AMELIA	79	0	0	0	0	0	79	B+
17	2314401019	NUR TSANIA	79	0	0	0	0	0	79	B+
18	2314401020	VONNY CRONELYA LAOLY	79	0	0	0	0	0	79	B+
19	2314401021	MAI RAHAYU	79	0	0	0	0	0	79	B+

Bangkinang, 30 Juli 2025

NIA APRILLA, Ners, S.Kep, M.Kep
NIP. 096542190