



**BPKM PROFESI NERS**  
**KEPERAWATAN JIWA**  
**PRODI ILMU KEPERAWATAN (SI) DAN PENDIDIKAN**  
**PROFESI NERS**  
**STIKES MEDISTRA INDONESIA**  
**TAHUN 2022**



**Dibuat Oleh :**  
**Program Studi Ilmu Keperawatan S1 Dan Pendidikan Profesi Ners**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia**

Jln. Cut Mutia Raya No.88A, Sepanjang Jaya-Bekasi

Tlpn. (021) 82431375, 82431376, 82431377 Fax. (021) 82431374

[www.stikesmedistra-indonesia.ac.id](http://www.stikesmedistra-indonesia.ac.id) Email : [stikesmi@stikesmedistra-indonesia.ac.id](mailto:stikesmi@stikesmedistra-indonesia.ac.id)



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**  
**MEDISTRA INDONESIA**

**BPKM PROFESI NERS KEPERAWATAN JIWA**

**2022**

Visi dari Prodi Keperawatan (S1) dan pendidikan profesi Ners adalah Menjadi Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang unggul dalam menghasilkan lulusan yang kompeten dan visioner serta mempunyai kemampuan dalam komunikasi terapeutik dalam tatanan layanan kesehatan di tingkat regional di tahun 2036.

Misi dari prodi Keperawatan (S1) dan pendidikan profesi Ners

- a. Menyelenggarakan pendidikan Profesi Ners yang bermutu dan unggul dalam komunikasi terapeutik dalam tatanan layanan kesehatan berbasis kurikulum berbasis KKNI.
- b. Mengembangkan penelitian yang berbasis komunikasi terapeutik dalam tatanan layanan kesehatan untuk menghasilkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan.
- c. Melaksanakan pengabdian masyarakat secara mandiri berbasis komunikasi terapeutik dalam tatanan layanan kesehatan.
- d. Mampu menciptakan peluang dan inovatif dalam pelayanan keperawatan yang berbasis komunikasi terapeutik dalam tatanan layanan kesehatan

KEPERAWATAN JIWA (4 SKS)

ROULITA, S.KEP., NS. M.KEP

ERNAULI MELIYANA, S.KEP., NS. M.KEP

RIRIS OCKTRYNA SILITONGA, S.KEP.NS. M.KEP., SP.KEP.JIWA

DINDA NUR FAJRI HIDAYATI BUNGA, S.KEP., NS.M.KEP

## **KATA PENGANTAR**

Program profesi merupakan bagian terintegrasi dalam pendidikan Ners yang diselenggarakan setelah program akademik untuk menciptakan lulusan Ners yang profesional. Untuk mencapai hal tersebut Program Studi Profesi Ners akan menurunkan mahasiswa ke berbagai lahan praktik yang sudah ber MoU dengan STIKes Medistra Indonesia. Mahasiswa akan dibekali ilmu pengetahuan untuk dapat memberikan perawatan secara komprehensif pada pasien dengan gangguan jiwa.

Mahasiswa yang akan turun ke lahan untuk menjalankan praktik Keperawatan Jiwa perlu dibekali buku pedoman untuk membantu mahasiswa mencapai kemampuan keterampilan klinik keperawatan jiwa yang sesuai dengan kompetensi perawat profesional untuk memenuhi kebutuhan dasar klien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan secara holistik. Seluruh keterampilan klinik keperawatan jiwa dalam buku ini diharapkan dapat dicapai setiap mahasiswa secara mandiri sepanjang praktik kliniknya. Pencapaian ini ditandai dengan lengkapnya seluruh prosedur ditandatangani (mendapat persetujuan) pembimbing klinik. Mahasiswa boleh melakukan prosedur secara mandiri bila sebelumnya telah melakukan observasi prosedur yang dilakukan oleh perawat lain (atau temannya) dan telah melakukan prosedur tersebut secara dibantu/disupervisi oleh pembimbing atau perawat ruangan yang ditunjuk.

Buku ini sekaligus merupakan bukti pencapaian kemampuan mahasiswa. Oleh karena itu pembimbing diharapkan sangat cermat dalam memberikan penilaian. Bila buku ini hilang, mahasiswa diharapkan memenuhi kembali pencapaian target prosedur yang telah dicapainya sehingga bukti pencapaian kemampuan mahasiswa menjadi lengkap.

Kami menyadari buku ini memiliki banyak kekurangan, oleh karenanya saran dan masukan dari berbagai pihak sangat kami harapkan.

Bekasi, 12 September 2022

**KOORDINATOR MATA KULIAH**

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	1
DAFTAR ISI	2
BAB I PENDAHULUAN	4
BAB II TUJUAN PEMBELAJARAN	5
BAB III PROSES PEMBELAJARAN DI LAHAN PRAKTEK	6
BAB IV PROSES BIMBINGAN, TATA TERTIB, DAN LAHAN PRAKTEK	9
BAB V EVALUASI	13
DAFTAR ACUAN	14
LAMPIRAN	15
REKAPITULASI PENCAPAIAN TARGET	25
LAMPIRAN PROSEDUR KETERAMPILAN KLINIK KEPERAWATAN DASAR	

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

Pendidikan profesi ners merupakan program lanjutan bagi mahasiswa untuk menjadi perawat professional. Mahasiswa yang mengikuti program profesi ners adalah mahasiswa yang sudah dinyatakan lulus tahap akademik dan telah menyanggah gelar Sarjana Keperawatan.

Tujuan diselenggarakannya Program Profesi Ners ini adalah memberikan kesempatan bagi mahasiswa lulusan sarjana keperawatan untuk memperoleh pengalaman nyata dan mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh guna mencapai kemampuan profesional yang mencakup kemampuan intelektual, interpersonal dan skills dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan kepada klien dan keluarga.

Pada program profesi ners mahasiswa akan menempuh 36 sks yang terbagi dalam 10 mata kuliah atau stase. 10 mata kuliah tersebut antara lain keperawatan dasar profesi, keperawatan medikal bedah, keperawatan maternitas, keperawatan anak, keperawatan jiwa, keperawatan gerontik, manajemen keperawatan, keperawatan gawat darurat dan kritis, keperawatan komunitas dan keluarga dan laporan tugas akhir.

Berdasarkan latar belakang tersebut, kami menyusun buku pedoman kerja mahasiswa pada stase keperawatan dasar profesi sebagai pedoman dalam berjalannya stase keperawatan dasar profesi.

## BAB II

### INFORMASI UMUM MATA KULIAH

#### A. DESKRIPSI MATA AJAR :

Mata ajar keperawatan jiwa termasuk dalam mata kuliah/MKK (tahap profesi). Mata ajar ini berada pada semester I tahun pertama, dengan beban studi 3 SKS dengan lama praktik adalah 17 hari

Fokus mata ajar ini menampilkan tentang pemberian pelayanan/asuhan keperawatan jiwa dalam pencegahan primer, sekunder dan tertier terhadap klien dengan masalah bio-psiko-sosial-spiritual-gangguan kesehatan jiwa termasuk perilaku kesehatan dan penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA. Penggunaan diri sendiri secara terapeutik dan hubungan terapeutik digunakan sebagai alat dalam penerapan terapi modalitas keperawatan.

Pengalaman belajar ini akan berguna dalam memberikan pelayanan/asuhan keperawatan jiwa dan integrasi keperawatan jiwa pada bidang keperawatan lain. Pengalaman belajar meliputi diskusi, pembahasan kasus, pengalaman belajar klinik dan pengalaman belajar lapangan.

#### B. CAPAIAN PEMBELAJARAN

Setelah menempuh praktik profesi keperawatan kesehatan jiwa, mahasiswa mampu :

1. Melakukan komunikasi yang terapeutik dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan jiwa.
2. Menggunakan keterampilan interpersonal yang efektif dalam kerja tim.
3. Menggunakan teknologi dan informasi Kesehatan secara efektif dan bertanggung jawab.
4. Memberikan asuhan keperawatan kepada individu, anak dan keluarga yang mengalami masalah adaptasi bio-psiko-sosio-spiritual terutama masalah gangguan jiwa dengan *core problem* halusinasi, waham, harga diri rendah, isolasi social, bunuh diri, perilaku kekerasan dan deficit perawatan diri.
5. Menggunakan langkah langkah pengambilan keputusan etis dan legal.
6. Memberikan asuhan peka budaya dengan menghargai etnik, agama atau faktor lain dari setiap klien yang unik.

7. Mengkolaborasikan berbagai aspek dalam pemenuhan kebutuhan Kesehatan klien.
8. Mendemonstrasikan keterampilan teknis keperawatan yang sesuai dengan standar yang berlaku atau secara kreatif dan inovatif agar pelayanan yang diberikan efektif dan efisien.
9. Mengembangkan pola pikir kritis, logis dan etis dalam mengembangkan asuhan keperawatan jiwa.
10. Memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas secara holistik, kontinu dan konsisten.
11. Menjalankan fungsi advokasi untuk mempertahankan hak klien agar dapat mengambil keputusan untuk dirinya.
12. Mempertahankan lingkungan yang aman secara konsisten melalui penggunaan strategi manajemen kualitas dan manajemen risiko.
13. Memberikan dukungan kepada tim asuhan dengan mempertahankan akuntabilitas asuhan keperawatan yang diberikan.
14. Mewujudkan lingkungan kerja yang kondusif.
15. Mengembangkan potensi diri untuk meningkatkan kemampuan profesional.
16. Berkontribusi dalam mengembangkan profesi keperawatan.
17. Menggunakan hasil penelitian untuk diterapkan dalam pemberian asuhan keperawatan.

#### **C. BESARAN SKS: ALOKASI WAKTU**

Besaran sks untuk mata kuliah keperawatan dasar profesi adalah 3 sks dengan alokasi waktu sebanyak 17 hari praktik.

#### **D. PELAKSANAAN PRAKTIK**

Proses pelaksanaan praktik dibagi kelompok yang akan ditempatkan pada RS yang telah bekerjasama dengan STIKes Medistra Indonesia, dimana dalam pelaksanaan praktik akan melalui 4 fase yaitu pra interaksi, introduksi/orientasi, kerja, dan terminasi.

#### **E. JUMLAH PRESEPTOR**

Jumlah preceptor yang akan terlibat dalam stase ini adalah sebagai berikut

Pembimbing akademik 3 orang

Pembimbing lahan/CI 36 orang

#### **F. LAHAN PRAKTIK**

Lahan praktik yang digunakan adalah

1. RUKD Duren Sawit
2. RSJ Soeharto Herdjan
3. Panti Bina Laras

## BAB III

### PROSES PEMBELAJARAN

#### A. POLA UMUM PEMBIMBING KLINIK

pelaksanaan praktik akan melalui 4 fase yaitu pra interaksi, introduksi/orientasi, kerja, dan terminasi.

<b>Tahapan &amp; Waktu</b>	<b>Kegiatan Pembimbing Akademik</b>	<b>Kegiatan Mahasiswa</b>
<b>Pra Interaksi</b> Seminggu sebelum praktikum klinik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Menginformasikan hal-hal yang terkait dengan praktik klinik, seperti: kegiatan, tata tertib, dsb</li><li>• Menjelaskan buku target/ panduan praktik klinik keperawatan dasar</li><li>• Menginformasikan target-target apa yang akan dicapai selama praktik di RS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Simulasi kegiatan praktikum klinik.</li><li>• Menerima dan memahami buku target</li><li>• Membuat laporan pendahuluan dan Menyiapkan Daftil untuk review materi</li></ul>
<b>Tahapan &amp; Waktu</b>	<b>Kegiatan Pembimbing lahan</b>	<b>Kegiatan Mahasiswa</b>
<b>Introduksi/ Orientasi</b> Hari pertama	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mendampingi mahasiswa saat orientasi dan <i>touring hospital</i></li><li>• Membuat kontrak kegiatan (fokus diskusi tiap hari, kegiatan harian, dll)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Memperkenalkan diri, orientasi ruangan dan klien</li><li>• Membuat dan menyepakati kontrak kegiatan selama masa praktik</li></ul>
<b>Kerja</b>	<b>Kegiatan Pembimbing lahan</b>	<b>Kegiatan Mahasiswa</b>
Setiap hari	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Pre conference</i>: Kesiapan mahasiswa (laporan pendahuluan, pemahaman kasus yang akan dihadapi)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aktif menjawab pertanyaan, ikut operan ruangan, baca laporan</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bedside teaching:</i> Prosedur dan proses keperawatan</li> <li>• Kegiatan perceptorship /suatu metode penugasan &amp; pembelajaran mhs dgn perawat sebagai model perannya</li> </ul>	<p>ruangan, membuat daftar aktifitas harian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengobservasi kegiatan yang diajarkan dengan sebaik-baiknya. Dan membuat analisa sintesa</li> <li>• Mengikuti kegiatan perawat yang menjadi perceptor dan mencapai target melakukan prosedur dengan dibimbing dan mandiri serta membuat pasien kelolaan.</li> </ul>
Di hari ke- 10 s/d 17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisi harian</li> <li>• Supervisi prosedur</li> <li>• Menguji praktek mahasiswa</li> <li>• <i>Post conference</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan praktik asuhan keperawatan, dan membuat laporan harian sesuai kontrak</li> <li>• Melakukan prosedur secara mandiri</li> <li>• Ujian</li> <li>• Evaluasi diri &amp; merencanakan kegiatan selanjutnya</li> </ul>
<b>Terminasi</b>	<b>Kegiatan Pembimbing lahan</b>	<b>Kegiatan Mahasiswa</b>
Hari terakhir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memandu mahasiswa terminasi dengan klien dan ruangan</li> <li>• Evaluasi dan penilaian</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminasi dengan klien dan ruangan</li> <li>• Mengumpulkan laporan, makalah, dan buku target</li> </ul>

## B. METODE PEMBELAJARAN

Metode pembelajaran pada mata kuliah ini adalah praktikum.

### C. KEGIATAN PEMBELAJARAN

Setiap mahasiswa akan dibagikan 1 kasus kelolaan yang nantinya akan dilakukan seluruh rangkaian proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Adapun daftar kasus dan tingkat pencapaian pada stase keperawatan Kesehatan jiwa meliputi:

1. Asuhan Keperawatan klien yang mengalami masalah psikososial
2. Asuhan keperawatan klien dengan gangguan konsep diri
3. Asuhan keperawatan klien dengan kecemasan
4. Asuhan keperawatan klien dengan ketidakberdayaan dan keputusasaan
5. Asuhan keperawatan klien dengan distress spiritual
6. Asuhan keperawatan klien gangguan jiwa
7. Asuhan keperawatan klien yang mengalami perilaku kekerasan
8. Asuhan keperawatan klien yang mengalami bunuh diri
9. Asuhan keperawatan klien yang mengalami waham
10. Asuhan keperawatan klien yang mengalami halusinasi
11. Asuhan keperawatan klien yang mengalami harga diri rendah dan isolasi social
12. Asuhan keperawatan klien yang mengalamidefisit perawatan diri
13. Asuhan keperawatan klien kelompok khusus: Psikotik, gelandangan, korban pemerkosaan, korban KDRT. Korban *trafficking* dan narapidana

Adapun daftar keterampilan klinik dan tingkat pencapaian pada stase ini adalah

No	Daftar keterampilan	Tingkat pencapaian
1	Pemantauan efek samping pasca ECT	4
2	Pemasangan pagar pengaman tempat tidur sebelum ECT	4
3	Pemasangan penahan gigi sebelum ECT	4
4	Pemantauan status mental	4
5	Penilaian pasca prosedur ECT	4
6	Penurunan pemicu disrefleksia	4
7	Persiapan prosedur ECT	4
8	Pemberian Latihan otogenik	4
9	Dukungan emosional	3
10	Dukungan kelompok	3
11	Dukungan koping keluarga	4

12	Dukungan memaafkan	3
13	Dukungan pengungkapan kebutuhan	3
14	Dukungan pengungkapan perasaan	3
15	Dukungan perasaan bersalah	3
16	Dukungan perlindungan penganiayaan	3
17	Edukasi keterampilan coping	4
18	Edukasi keterampilan pencegahan kekambuhan	3
19	Edukasi metode modulasi pengalaman emosi (missal latihan asertif, Teknik relaksasi, jurnal, aktivitas penyaluran energi)	4
20	Edukasi pemantauan mood secara mandiri	4
21	Edukasi penanganan gangguan mood	4
22	Edukasi penanganan marah	4
23	Edukasi pengenalan pemicu gangguan mood	3
24	Edukasi seklusi	4
25	Edukasi Teknik distraksi	3
26	Edukasi pencegahan Teknik marah maladaptif	4
27	Edukasi Teknik pengontrolan halusinasi	3
28	Fasilitasi pengisian kuesioner <i>self report (Beck depression inventory, skala status fungsional)</i>	4
29	Identifikasi penyebab/pemicu marah	4
30	Orientasi realita	4
31	Pemantauan isi halusinasi	4
32	Pemantauan perilaku halusinasi	4
33	Pemantauan potensi perilaku agresif	4
34	Pemantauan tanda gejala putus obat	3
35	Pemantauan tingkat stres	4
36	Pemantauan waham	3
37	Pembatasan perilaku manipulative	3
38	Pemberian dukungan interaksi social	4
39	Pemberian kesempatan mengekspresikan marah adaptif	4
40	Pemberian reduksi ansietas	4

41	Pemberian rekomendasi terlibat dalam kelompok pendukung	4
42	Pemberian seklusi	3
43	Pemberian terapi distraksi	4
44	Pemberian terapi detoksifikasi zat	3
45	Pemberian terapi kelompok	4
46	Pemberian terapi keluarga	4
47	Pemberian terapi milieu	3
48	Pemberian terapi remedial	3
49	Pemberian terapi rumatan metadon	3
50	Pemberian terapi seni	3
51	Pemberian terapi sentuhan	3
52	Pencegahan aktivitas pemicu agresi	4
53	Pencegahan cedera fisik akibat ekspresi marah	4
54	Pencegahan penyalahgunaan zat	3
55	Pencegahan waham	3
56	Pengenalan reaksi marah terhadap stressor	4
57	Pengendalian halusinasi	3
58	Pengendalian marah	4
59	Pengontrolan halusinasi	3
60	Pengontrolan penyalahgunaan zat	3
61	Pengontrolan waham	3
62	Perawatan putus zat	3
63	Perbaikan kesalahan konsepsi dan tidak menyalahkan orang lain	3
64	Promosi citra tubuh	4
65	Promosi dukungan spiritual	4
66	Promosi harapan	4
67	Promosi harga diri	4
68	Promosi hubungan positif	4
69	Promosi kepercayaan diri	4
70	Promosi kesadaran diri	3

71	Promosi koping	3
72	Promosi sistem pendukung	3
73	Reduksi ansietas	3
74	Rujuk untuk psikoterapi	4
75	Skrining penyalahgunaan zat	3
76	Pemantauan resiko perilaku kekerasan	4
77	Pencegahan perilaku kekerasan	4
78	Pengekangan fisik	4

## **D. PENUGASAN KLINIK**

### **1. Individu**

- a. Mahasiswa ditugaskan di ruangan RS jiwa
- b. Di tiap ruangan mahasiswa merawat 2 (dua) klien yaitu satu klien kelolaan dan satu klien resume
- c. Pendokumentasian klien kelolaan menggunakan format pengkajian lengkap, format renpra baku dan catatan keperawatan
- d. Pendokumentasian klien resume sesuai juga dengan format
- e. Mahasiswa wajib membuat 7 (tujuh) laporan pendahuluan dan strategi pelaksanaan harian (strategi komunikasi), aktivitas sehari-hari (ADL) serta Analisa Proses Interaksi (API) untuk klien kelolaan.
- f. Pada minggu ke tiga dan ke empat mahasiswa melakukan home visite untuk klien kelolaan yang sebelumnya sudah di buat proposalnya minimal 2 hari sebelum pelaksanaan di konsulkan ke pembimbing
- g. Pada hari pertama sampai ketiga minggu mahasiswa akan melakukan pemberian askep
- h. Kunjungan rumah wajib dilakukan 1 (satu) kali untuk kelolaan. Rencana tindakan keperawatan untuk keluarga sudah bisa dibuat pada minggu 2 harus disetujui pembimbing 2 hari sebelum pelaksanaan kunjungan rumah (home visit).
- i. Mahasiswa akan dilakukan supervisi sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan

### **2. Kelompok**

Aktivitas mahasiswa dalam kegiatan kelompok adalah melakukan kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dan kegiatan seminar keperawatan.

- Kelompok memiliki 1 (satu) kasus untuk seminar (bukan kasus kelolaan dan resume individu). Akan lebih baik pengambilan kasus seminar saat pertama kali praktek di ruangan.

Konsultasi untuk makalah presentasi bisa dimulai pada minggu II s/d minggu III untuk persiapan, dan hari Senin minggu ke IV sudah final/akhir.

- ❑ Kelompok melakukan kegiatan TAK pada minggu kedua, 4 hari sebelumnya proposal bisa dikonsultasikan dan 2 hari sebelumnya pelaksanaan TAK (sudah disetujui pembimbing)

### **3. Pedoman Penugasan**

- ❑ mengumpulkan rencana kegiatan harian dan ADL, laporan pendahuluan dan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan
- ❑ mengumpulkan satu API klien kelolaan
- ❑ mengumpulkan laporan klien resume
- ❑ mengumpulkan laporan proses keperawatan klien kelolaan
- ❑ Laporan kunjungan rumah, TAK dan proses keperawatan dikumpulkan paling lambat 3 s/d 5 hari setelah kegiatan
- ❑ Pada akhir praktek mahasiswa mengumpulkan laporan proses keperawatan klien kelolaan dan API yang disertai formulir penilaian. Laporan disusun secara sistematis dan berurutan, yaitu dimulai dari bagian atas:
  1. Buku ADL dan resume
  2. Pengkajian, analisa data, pohon masalah dan prioritas diagnosa keperawatan
  3. Rencana tindakan keperawatan + implementasi dan evaluasi keperawatan  
Misal:
    - a. Rencana tindakan keperawatan 1 (diagnosa kep. 1 langsung diikuti implementasi dan evaluasi diagnosa kep. 1)
    - b. Rencana tindakan keperawatan 2 (diagnosa kep. 2 langsung diikuti implementasi dan evaluasi diagnosa kep. 2)
    - c. Dan seterusnya
  4. Rencana kunjungan rumah dan hasil kunjungan rumah
  5. Analisa proses interaksi (dimulai bagian atas dari minggu pertama kemudian seterusnya minggu kedua, minggu ketiga dan minggu keempat)
    - a) Laporan pendahuluan dan strategi tindakan keperawatan

## **E. TATA TERTIB**

### **1. Ketentuan Umum**

1. Setiap mahasiswa wajib mengikuti kegiatan praktik profesi sesuai dengan registrasi yang telah dilakukan

2. Mahasiswa harus sudah berada di tempat praktik 15 menit sebelum kegiatan prekonferens dilakukan.
3. Mahasiswa harus menggunakan pakaian klinik lengkap sesuai dengan ketentuan, dan pakaian seragam, jaket almamater saat melakukan home visite.
4. Setiap mahasiswa wajib mengikuti praktik 100%
5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir harus memberitahu sebelumnya dan mengganti sesuai dengan ketentuan sebagai berikut :
  - a. Dengan alasan sakit/keperluan keluarga yang mengharuskan mengganti dengan hari yang ditinggalkan dengan diketahui koordinator mata kuliah.
  - b. Dengan alasan lain (dengan pertimbangan koordinator) mengganti dengan rumus 3n.

## **2. Ketentuan Khusus**

- a. Praktik dilaksanakan mulai jam 07.00-15.00 WIB (istirahat jam 12.00-13.00)
- b. Mahasiswa tidak diperkenankan istirahat diluar jam yang ditentukan.
- c. Selama praktik mahasiswa berpenampilan rapi, sederhana, tidak menggunakan perhiasan atau yang lain yang dapat mempengaruhi hubungan dengan klien.
- d. Mahasiswa tidak diperkenankan memberikan sesuatu pada klien tanpa tujuan yang jelas atau mempengaruhi hubungan terapautik.
- e. Mahasiswa yang terlambat hadir wajib mengganti dengan pertimbangan koordinator.
- f. Waktu pengumpulan tugas mahasiswa adalah sebagai berikut :
  - a) Setiap hari mengumpulkam laporan pendahuluan, ADL dan strategi komunikasi.
  - b) Setiap hari kamis mengumpulkan Api kelolaan.
  - c) Setiap hari jumat mengumpulkan kasus resume.
  - d) Setiap hari sabtu mengumpulkan askep klien kelolaan.
- g. Proposal home visite dan TAK dikonsultasikan tiga hari sebelum pelaksanaan kegiatan tersebut.
- h. Mahasiswa yang tidak hadir 5 hari berturut-turut tanpa ada pemberitahuan sebelumnya dianggap tidak lulus, dan mengulang sesuai dengan ketentuan.
- i. Saat mengumpulkan laporan semua formulir penilaian laporan disertakan dalam map laporan.





## **BAB IV**

### **EVALUASI**

#### **A. INSTRUMEN DAN BOBOT EVALUASI**

Instrumen evaluasi yang digunakan pada proses keperawatan jiwa adalah:

- |  |       |
|--|-------|
| 1. Performance skill                     | : 20% |
| 2. Direct Observational Procedural Skill | : 10% |
| 3. Mini Check                            | : 15% |
| 4. Analisa Tindakan                      | : 15% |
| 5. Log Book                              | : 10% |
| 6. Presentasi kasus                      | : 15% |
| 7. Resume                                | : 5%  |

#### **B. PENGEVALUASI**

Proses evaluasi dan penilaian dilakukan oleh CI/pembimbing klinik dari RS dan pembimbing dari institusi pendidikan STIKes Medistra Indonesia. Khusus penilaian ujian dilakukan oleh dosen yang telah memenuhi kriteria jabatan akademik minimal asisten ahli.

#### **C. PENILAIAN PENCAPAIAN TARGET (PROSEDUR)**

1. Mahasiswa dapat **dinilai** bila **telah** melakukan prosedur keperawatan secara mandiri **sesuai target**.
2. Pastikan mahasiswa telah melengkapi diagnosa keperawatan sebelum memulai prosedur (khusus tindakan yang berhubungan langsung dengan klien).
3. Penilaian dilakukan bersama oleh teman yang mengobservasi (*peer group*) dan pembimbing klinik yang mensupervisi.
4. Tuliskan kesimpulan hasil keseluruhan prosedur dengan pernyataan lulus atau tidak lulus. Bila lulus berikan juga tanda tangan pembimbing klinik di lembar rekapitulasi target pencapaian mahasiswa serta berikan tanggapan dalam kolom komentar.
5. Langkah prosedur yang diberi tanda bintang (\*) merupakan *critical point* yang harus dilakukan mahasiswa.
6. Setiap prosedur meliputi pula penilaian terhadap tindakan awal dan tindakan akhir.

#### **D. KRITERIA KELULUSAN**

Mahasiswa dinyatakan lulus jika:

1. Memenuhi kehadiran 100%
2. Mendapat nilai minimal 70 untuk seluruh aspek evaluasi
3. Mematuhi semua tata tertib yang ada

## SUMBER PUSTAKA

Kozier, Erb, Oliveri. 2004. *Fundamental of nursing*, California: Addison-Wesley Publishing Company.

Craven, Hirnle. 2000. *Fundamentals of nursing (Human health and function)*, Philadelphia: Lippincott.

Carpenito, LJ. 1995. *Buku saku diagnosa keperawatan*, Jakarta: EGC.

Dewit, Susan. 2001. *Student learning guide for fundamental concepts and skills for nursing*, Philadelphia: WB. Saunders company.

Johnson, Marion. 2000. *Nursing outcomes classification (NOC)*, St. Louis: Mosby year book.

McCloskey, Joanne. 1996. *Nursing interventions classification (NIC)*, St. Louis: Mosby year book.

Priharja, Robert. 2000. *Teknik dasar pemberian obat*, Jakarta: EGC.

Steven. 2000. *Ilmu Keperawatan 1 & 2*, Jakarta: EGC.

Perry & Potter. 2000. *Buku saku keterampilan dan prosedur dasar*, Jakarta: EGC.

## **LAMPIRAN**

1. TARGET CAPAIAN STASE:
  - A.TARGET KASUS
  - B. TARGET KETERAMPILAN
2. FORMAT LP
3. FORMAT PENGKAJIAN KEP.
4. FORMAT PENILAIAN DOP dkk
5. FORMAT PENILAIAN SEMINAR
6. FORMAT PENILAIAN KASUS RESUME
7. FORMAT PENILAIAN KASUS KELOLAAN
8. FORMAT PENILAIAN PRE & POST CONFERENCE

LAMPIRAN 1

**REKAPITULASI TARGET PENCAPAIAN MAHASISWA**

No	Daftar keterampilan	Tingkat pencapaian
1	Pemantauan efek samping pasca ECT	4
2	Pemasangan pagar pengaman tempat tidur sebelum ECT	4
3	Pemasangan penahan gigi sebelum ECT	4
4	Pemantauan status mental	4
5	Penilaian pasca prosedur ECT	4
6	Penurunan pemicu disrefleksia	4
7	Persiapan prosedur ECT	4
8	Pemberian Latihan otogenik	4
9	Dukungan emosional	3
10	Dukungan kelompok	3
11	Dukungan koping keluarga	4
12	Dukungan memaafkan	3
13	Dukungan pengungkapan kebutuhan	3
14	Dukungan pengungkapan perasaan	3
15	Dukungan perasaan bersalah	3

16	Dukungan perlindungan penganiayaan	3
17	Edukasi keterampilan koping	4
18	Edukasi keterampilan pencegahan kekambuhan	3
19	Edukasi metode modulasi pengalaman emosi (missal latihan asertif, Teknik relaksasi, jurnal, aktivitas penyaluran energi)	4
20	Edukasi pemantauan mood secara mandiri	4
21	Edukasi penanganan gangguan mood	4
22	Edukasi penanganan marah	4
23	Edukasi pengenalan pemicu gangguan mood	3
24	Edukasi seklusi	4
25	Edukasi Teknik distraksi	3
26	Edukasi pencegahan Teknik marah maladaptif	4
27	Edukasi Teknik pengontrolan halusinasi	3
28	Fasilitasi pengisian kuesioner <i>self report (Beck depression inventory, skala status fungsional)</i>	4
29	Identifikasi penyebab/pemicu marah	4
30	Orientasi realita	4
31	Pemantauan isi halusinasi	4
32	Pemantauan perilaku halusinasi	4
33	Pemantauan potensi perilaku agresif	4
34	Pemantauan tanda gejala putus obat	3
35	Pemantauan tingkat stres	4

36	Pemantauan waham	3
37	Pembatasan perilaku manipulative	3
38	Pemberian dukungan interaksi social	4
39	Pemberian kesempatan mengekspresikan marah adaptif	4
40	Pemberian reduksi ansietas	4
41	Pemberian rekomendasi terlibat dalam kelompok pendukung	4
42	Pemberian seklusi	3
43	Pemberian terapi distraksi	4
44	Pemberian terapi detoksifikasi zat	3
45	Pemberian terapi kelompok	4
46	Pemberian terapi keluarga	4
47	Pemberian terapi milieu	3
48	Pemberian terapi remedial	3
49	Pemberian terapi rumatan metadon	3
50	Pemberian terapi seni	3
51	Pemberian terapi sentuhan	3
52	Pencegahan aktivitas pemicu agresi	4
53	Pencegahan cedera fisik akibat ekspresi marah	4
54	Pencegahan penyalahgunaan zat	3
55	Pencegahan waham	3
56	Pengenalan reaksi marah terhadap stressor	4

57	Pengendalian halusinasi	3
58	Pengendalian marah	4
59	Pengontrolan halusinasi	3
60	Pengontrolan penyalahgunaan zat	3
61	Pengontrolan waham	3
62	Perawatan putus zat	3
63	Perbaiki kesalahan konsepsi dan tidak menyalahkan orang lain	3
64	Promosi citra tubuh	4
65	Promosi dukungan spiritual	4
66	Promosi harapan	4
67	Promosi harga diri	4
68	Promosi hubungan positif	4
69	Promosi kepercayaan diri	4
70	Promosi kesadaran diri	3
71	Promosi koping	3
72	Promosi sistem pendukung	3
73	Reduksi ansietas	3
74	Rujuk untuk psikoterapi	4
75	Skrining penyalahgunaan zat	3
76	Pemantauan resiko perilaku kekerasan	4
77	Pencegahan perilaku kekerasan	4



78	Pengekangan fisik	4
----	-------------------	---

## LAMPIRAN 2

### LAPORAN PENDAHULUAN

- I. Konsep Kebutuhan .....
  - 1.1 Definisi/deskripsi kebutuhan .....
  - 1.2 Fsiologi sistem/Fungsi normal sistem .....
  - 1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan sistem .....
  - 1.4 Macam-macam gangguan yang mungkin terjadi pada sistem .....
  - 1.5 Etiologi
  - 1.6 Manifestasi Klinis
  - 1.7 Patofisiologis
  - 1.8 Pathways
- II. Rencana asuhan klien dengan gangguan kebutuhan .....
  - 2.1 Pengkajian
    - 2.1.1 Riwayat keperawatan
    - 2.2.2 Pemeriksaan fisik: data fokus
    - 2.2.3 Pemeriksaan penunjang
  - 2.2 Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul  
(Minimal 2 diagnosa keperawatan yang sering muncul, penjelasan berdasarkan buku saku diagnosa keperawatan)  
Diagnosa 1: .....
    - 2.2.1 Definisi
    - 2.2.2 Batasan karakteristik
    - 2.2.3 Faktor yang berhubunganDiagnosa 2: .....
    - 2.2.4 Definisi
    - 2.2.5 Batasan karakteristik
    - 2.2.6 Faktor yang berhubungan
  - 2.3 Perencanaan  
(Berdasarkan dua diagnosa pada 2.2)  
Diagnosa 1: .....
    - 2.3.1 Tujuan dan Kriteria hasil (outcomes criteria): berdasarkan NOC (lihat daftar rujukan)
    - 2.3.2 Intervensi keperawatan dan rasional: berdasarkan NIC (lihat daftar rujukan)

Diagnosa 2: .....

2.3.3 Tujuan dan Kriteria hasil (outcomes criteria): berdasarkan NOC (lihat daftar rujukan)

2.3.4 Intervensi keperawatan dan rasional: berdasarkan NIC (lihat daftar rujukan)

**III. Daftar Pustaka**

Jakarta, .....

Pembimbing

(.....)

**LAPORAN ADL (ada format tersendiri )**

Hari : .....

Tanggal : .....

Ruangan : .....

<b>No.</b>	<b>Jam</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>Nama Klien</b>	<b>Ttd perawat</b>

.....  
Pembimbing

(.....)

## ANALISA SINTESA TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Tindakan keperawatan yang dilakukan:

.....

Nama klien : .....

Diagnosa medis : .....

2. Diagnosa keperawatan:

.....

3. Prinsip-prinsip tindakan dan rasional:

.....

.....

4. Bahaya-bahaya yang mungkin terjadi akibat tindakan tersebut dan cara pencegahannya:

.....

.....

5. Tujuan tindakan tersebut dilakukan:

.....

.....

6. Hasil yang didapat dan maknanya:

.....

.....

7. Identifikasi tindakan keperawatan lainnya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah/diagnosa tersebut.  
(mandiri dan kolaborasi)

.....

.....

LAMPIRAN 4

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1)

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

RUANGAN RAWAT : .....

TANGGAL DIRAWAT : .....

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : ..... (L/P)

Tanggal pengkajian : .....

Umur : .....

RM. No. : .....

Informan : .....

II. ALASAN MASUK

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

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa 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 kriminal

Jelaskan No. 1, 2, 3 : .....

.....

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Ya

Tidak

Hubungan keluarga

Gejala

Riwayat pengobatan/perawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

.....

.....

#### IV. FISIK

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

2. Ukur : TB : ..... BB : .....

3. Keluhan fisik :

Ya

Tidak

#### V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram

Jelaskan : .....

Masalah keperawatan : .....

2. Konsep diri

6. Gambaran diri : .....

7. Identitas diri : .....

8. Peran diri : .....

9. Ideal diri : .....

10. Harga diri: .....

Masalah keperawatan : .....

3. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti : .....

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : .....

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : .....

Masalah keperawatan : .....

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan : .....

b. Kegiatan ibadah : .....

Masalah keperawatan : .....



VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan

Tidak rapih       Penggunaan pakaian tidak sesuai       Cara berpakaian seperti biasanya

Jelaskan : .....

Masalah keperawatan : .....

2. Pembicaraan

Cepat       Keras       Gagap       Inkoheren  
 Apatis       Lambat Memulai       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 (-)     Derensif     Cuinga

Jelaskan : .....

Masalah keperawatan : .....

7. Persepsi

Pendengaran     Penglihatan     Perabaan

Pengecapan

Penghiduan

Jelaskan : .....

Masalah keperawatan : .....

8. Proses pikir

Sirkumtansial

Tangensial

Kehilangan  
Asosiasi

Flight of idea

Blocking

Pengulangan  
pembicaraan

Jelaskan : .....

Masalah keperawatan : .....

9. Isi piker

Obsesi

Fobia

Hipokondria

Dipersonalisasi

Ide yang terkait

Pikiran magis

**Waham**

Agama

Somatik

Kebesaran

Keluarga

Nihilistic

Sisip pikir

Siar pikir

Kontrol pikir



Konsentrasi berhitung sederhana

Jelaskan : .....

Masalah keperawatan : .....

13. Kemampuan penilaian

Gangguan ringan

Gangguan bermakna

Jelaskan : .....

Masalah keperawatan : .....

14. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit  
yang diderita

Menyalahkan hal-hal  
di luar dirinya

Jelaskan : .....

Masalah keperawatan : .....

VII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan

Bantuan minimal

Bantuan total

2. BAB/BAK

Bantuan minimal

Bantuan total

Jelaskan : .....

Masalah keperawatan : .....

3. Mandi

Bantuan minimal

Bantuan total

Jelaskan : .....

Masalah keperawatan : .....

4. Berpakaian / berhias

Bantuan minimal

Bantuan total

Jelaskan : .....

Masalah keperawatan : .....

5. Istirahat dan tidur

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

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

Kegiatan sebelum / sesudah tidur : .....

6. Penggunaan obat

Bantuan minimal

Bantuan total

7. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan  Ya  Tidak

Perawatan pendukung  Ya  Tidak

8. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan  Ya  Tidak

Menjaga kerapian rumah  Ya  Tidak

Mencuci pakaian  Ya  Tidak

Pengaturan ruangan  Ya  Tidak

9. Kegiatan di luar rumah

Belanja  Ya  Tidak

Transportasi  Ya  Tidak

Lain-lain  Ya  Tidak

Jelaskan : .....

Masalah keperawatan : .....

VIII. MEKANISME KOPING

**Adaptif**

Bicara dengan orang lain

Mampu menyelesaikan masalah

Teknik relaksasi

Aktifitas konstruktif

**Maladaptif**

Minum alkohol

Reaksi lambat/berlebih

Bekerja berlebihan

Menghidar

Olah raga

Mencederai diri

Lainnya .....

Menghindar .....

Masalah keperawatan : .....

IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik .....

.....

Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik .....

.....

Masalah dengan pendidikan, spesifik .....

.....

Masalah dengan pekerjaan, spesifik .....

.....

Masalah dengan perumahan, spesifik .....

.....

Masalah ekonomi, spesifik .....

.....

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik .....

.....

Masalah lainnya, spesifik .....

.....

Masalah keperawatan : .....



X. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Penyakit jiwa       | <input type="checkbox"/> Sistem pendukung |
| <input type="checkbox"/> Faktor predisposisi | <input type="checkbox"/> Penyakit fisik   |
| <input type="checkbox"/> Koping              | <input type="checkbox"/> Obat-obatan      |

Masalah keperawatan : .....

ANALISA DATA

DATA	MASALAH
Subjektif .....	
Objektif .....	
Subjektif .....	.....
Objektif .....	.....
Dst .....	

XI. ASPEK MEDIK

Diagnosa medik : .....

.....

Terapi medik : .....

.....

XII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

.....

.....

.....

.....

.....

XIII. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

.....

.....

.....

.....

Jakarta, .....

Mahasiswa

.....

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1)

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMAT PENGKAJIAN

KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

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

**I. Identitas**

XIV. Perawat yang merawat klien melakukan perkenalan dan kontrak dengan klien tentang :  
nama perawat, nama klien, panggilan perawat, panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan.

XV. Usia dan No. RM ———lihat RM

XVI. Mahasiswa menuliskan sumber data yang didapat.

**II. Alasan Masuk**

Tanyakan kepada klien/keluarga :

11. Apa yang menyebabkan klien/keluarga datang ke rumah sakit saat ini?
12. Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini?
13. Bagaimana hasilnya?

**III. Faktor Predisposisi**

- j. Tanyakan pada klien/keluarga apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, bila ya beri tanda 'V' pada kotak ya, dan bila tidak beri tanda 'V' pada kotak tidak.
- k. Apabila pada poin 1 'ya' maka tanyakan bagaimana hasil pengobatan sebelumnya apabila dia dapat beradaptasi di masyarakat tanpa gejala-gejala gangguan jiwa maka beri tanda 'V' pada kotak 'berhasil' atau beri tanda 'V' pada kotak 'kurang berhasil'. Apabila tidak ada kemajuan atau gejala-gejala bertambah atau menetap maka beri tanda 'V' pada kotak 'tidak berhasil'.
- l. Tanyakan pada klien apakah klien pernah melakukan dan/atau mengalami dan/atau menyaksikan penganiyaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal. Beri tanda 'V' sesuai dengan penjelasan klien/keluarga, apakah klien sebagai pelaku dan/atau korban, dan/atau saksi, maka beri tanda 'V' pada kotak pertama, isi usia saat kejadian pada kotak kedua. Jika klien pernah sebagai pelaku dan korban atau saksi (dua atau lebih) tuliskan pada penjelasan.
  - c. Beri penjelasan secara singkat dan jelas tentang kejadian yang dialami klien terkait no. 1, 2, 3.
  - d. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
- m. Tanyakan kepada klien/keluarga apakah ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa, jika ada beri tanda 'V' pada kotak 'ya' dan jika tidak, beri tanda 'V' pada kotak 'tidak'.
- n. Tanyakan kepada klien/keluarga tentang pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan/kehilangan/perpisahan/kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami klien pada masa lalu.

#### IV. Fisik

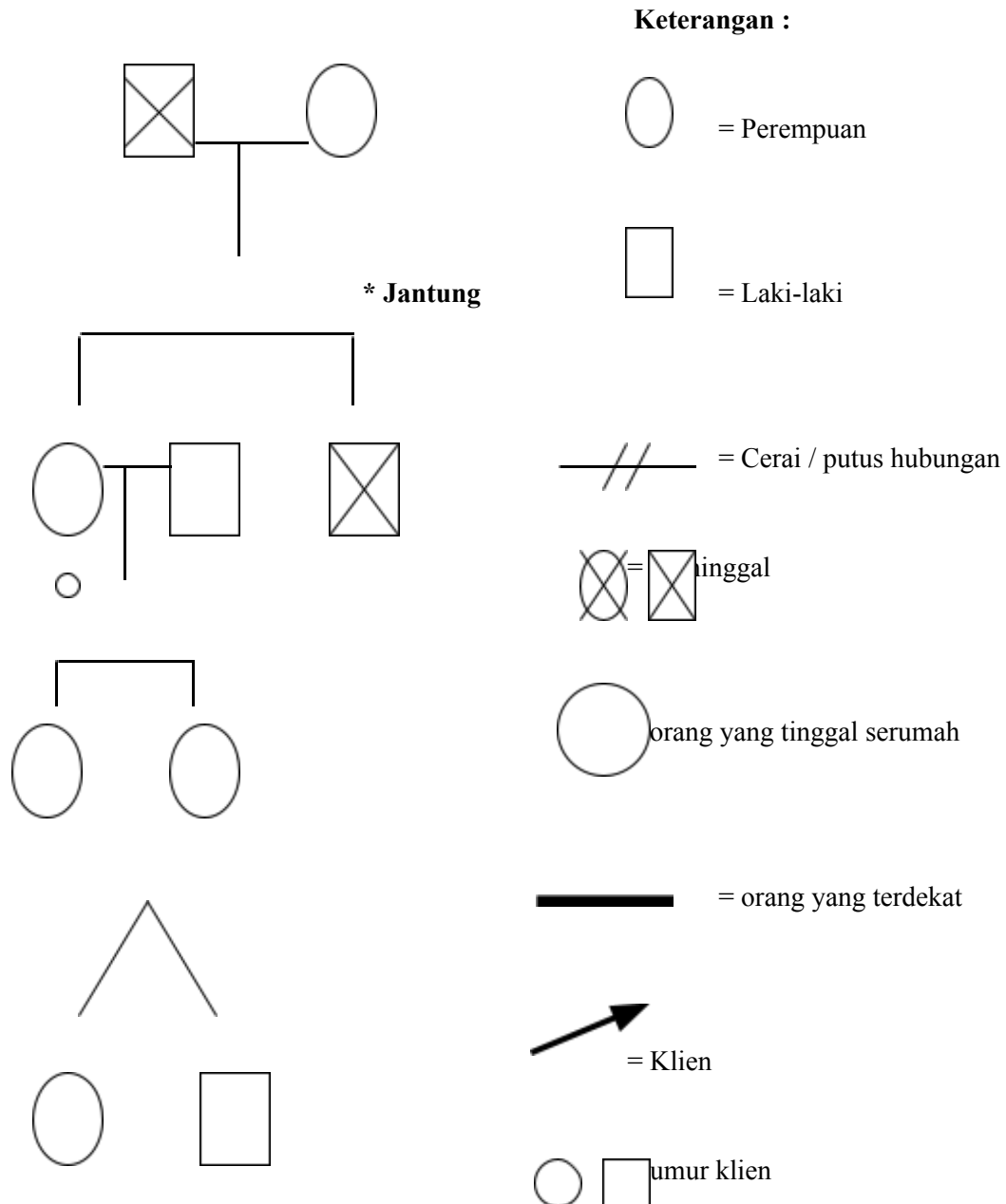
Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ.

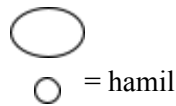
1. Ukur dan observasi tanda-tanda vital : TD, nadi, suhu dan pernafasan klien.
2. Ukur tinggi badan dan berat badan klien.
3. Tanyakan pada klien/keluarga, apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien, bila ada beri tanda 'V' pada kotak 'ya' dan bila tidak beri tanda 'V' pada kotak 'tidak'.
4.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

#### V. Psikososial

##### 1. Genogram

6. Buatlah genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga. Contoh :





7. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.
  8. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
2. Konsep diri
- d. Gambaran diri : tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.
  - e. 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.
  - f. Peran, tanyakan :
    - Tugas/peran yang diemban dalam keluarga/kelompok/masyarakat.
    - Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut.
  - g. Ideal diri, tanyakan :
    - B. Harapan terhadap tubuh, posisi, tugas/peran.
    - C. Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat).
    - D. Harapan klien terhadap penyakitnya.
  - h. Harga diri, tanyakan :
    - Hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi no. 2a, b, c, d
    - Penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.
  - i. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
3. Hubungan sosial
- a. Tanyakan pada klien siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau sokongan.
  - b. Tanyakan pada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.
  - c. Tanyakan pada klien sejauh mana ia terlibat dalam kelompok 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 :

- Kegiatan ibadah di rumah secara individual dan kelompok
  - Pendapat klien/keluarga tentang kegiatan ibadah.
- c. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

## VI. Status Mental

Beri tanda 'V' pada kotak sesuai dengan keadaan klien, boleh lebih dari satu :

### 1. Penampilan

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga :

- a. Penampilan tidak rapi jika ujung rambut sampai ujung kaki ada yang tidak rapi, misalnya : rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak dikunci, baju terbalik, baju tidak ganti-ganti.
- b. Penggunaan pakaian tidak sesuai, misalnya pakaian dalam, dipakai diluar baju.
- c. Cara berpakaian tidak seperti biasanya, jika penggunaan pakaian tidak tepat (waktu, tempat, identitas, situasi/kondisi).
- d. Jelaskan hal-hal yang ditampilkan klien dan kondisi lain yang tidak tercantum.
- e. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

### 2. Pembicaraan

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

### 3. Aktivitas motorik

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga

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

### 4. Alam perasaan

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga

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

5. Afek

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga

- a. Datar = tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.
- b. Tumpul = hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat.
- c. Labil = emosi yang cepat berubah-ubah.
- d. Tidak sesuai = emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada.
- e. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum
- f. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

6. Interaksi selama wawancara

Data ini didapatkan melalui hasil wawancara dan observasi perawat/keluarga

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

8. Proses pikir

Data ini didapatkan melalui hasil observasi dan saat wawancara

- a. Sirkumstansial = pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan.
- b. Tangensial = pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan.
- c. Kehilangan asosiasi = pembicaraan tak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya, dan klien tidak menyadarinya.
- d. Flight of ideas = pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tiak logis dan tidak sampai pada tujuan.
- e. Blocking = pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.
- f. Perseverasi = pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.
- g. Jelaskan apa yang dikatakan oleh 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 patologis/tidak logis terhadap objek/situasi tertentu.
- c. Hipokondria = keyakinan terdapat 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 di lingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya.
- f. Pikiran magis = keyakinan klien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil/diluar kemampuannya.
- g. Waham
  - Agama ; keyakinan klien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
  - Somatik : klien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
  - Kebesaran : klien mempunyai keyakinan yang berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
  - Curiga : klien mempunyai keyakinan bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
  - Nihilistik : klien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia/meninggal yang dinyatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
  - Waham yang bizar :
    - Sisip pikir : klien yakin ada ide pikiran orang lain yang disisipkan di dalam pikiran yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
    - Siar pikir : klien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun dia tidak menyatakan kepada orang tersebut yang dinyatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan
    - Kontrol pikir : klien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar.
- h. Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara.
- i. Masalah keperawatan 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, orang) diperoleh melalui wawancara :

- a. Bingung, tampak bingung dan kacau
- b. Sedasi : mengatakan merasa melayang-layang antara sadar/tidak sadar.
- c. Stupor : gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan ang 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, sudah jelas.
- e. Jelaskan data subjektif dan objektif yang terkait hal-hal diatas.
- f. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
- g. Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara.

#### 11. Memori

Data diperoleh melalui wawancara

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



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

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung  
Data diperoleh melalui wawancara

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

13. Kemampuan penilaian

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

**VII. Kebutuhan Persiapan Pulang**

- c. 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.
- d. BAB/BAK  
Observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK

Pergi menggunakan dan membersihkan WC  
Membersihkan diri dan merapikan pakaian.

e. Mandi

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

f. Berpakaian

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

g. 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.

h. Penggunaan obat

Observasi dan tanyakan kepada klien dan keluarga tentang :

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

i. 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.

j. Kegiatan di dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam :

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

k. Kegiatan di luar rumah

Tanyakan kemampuan klien :

Belanja untuk keperluan sehari-hari.  
Dalam melakukan perjalanan mandiri dengan jalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum.

Kegiatan lain yang dilakukan klien diluar rumah (bayar listrik/telepon/air, kantor pos dan bank).

**VIII. Mekanisme Koping**

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

**IX. Masalah Psikososial dan Lingkungan**

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

**X. Pengetahuan**

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

**XI. Aspek Medik**

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

**XII. Daftar Masalah Keperawatan**

1. Tuliskan semua masalah disertai data pendukung, yaitu data subjektif dan objektif.
2. Buat pohon masalah dari data yang telah dirumuskan.

**XIII. Daftar Diagnosis Keperawatan**

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

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

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA**

**KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

**RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA**

**DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA**

Inisial klien : ..... Ruangan : ..... RM. NO. : .....

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	

--	--	--	--	--

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA**

**PETUNJUK TELNIS PENGISIAN RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN  
KESEHATAN JIWA DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA**

1. Tuliskan nama klien, rekam medik, nama ruangan dan tempat klien dirawat.
2. Tuliskan tanggal dan jam, nomor urut diagnosa keperawatan pada kolom diagnosis.
3. Pada kolom diagnosis tuliskan rumusan diagnosis dengan rumusan P.E.S (problem, etiologi, dan symptoms dalam bentuk subjektif dan objektif) atau P.E. (problem dan etiologi).
4. Jika ditemukan masalah baru diluar data dasar yang ada dilembar pengkajian, maka tulis :
  - l. Data subjektif dan objektif (DS/DO).
  - m. Diagnosis keperawatan ditulis langsung di bawah DS dan DO.
5. Kolom pencapaian diisi dengan :

- a. Tujuan umum bertujuan menyelesaikan permasalahan dari diagnosis keperawatan.
  - b. Tujuan khusus bertujuan menyelesaikan etiologi dan diagnosis keperawatan. Tujuan khusus dapat berupa tujuan pengetahuan psikomotor, afektif yang diperlukan pada klien. Selain itu tujuan khusus dapat dikaitkan dengan kebutuhan klien terhadap sistem pendukung dan terapi medik, sertakan kriteria evaluasi.
  - c. Rencana tindakan keperawatan menggambarkan serangkaian tindakan untuk mencapai setiap tujuan khusus yang disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan kesehatan jiwa
6. Kolom rasional  
Tulis alasan atau landasan teori untuk tiap tindakan yang direncanakan.
7. Tanda tangan dan nama jelas mahasiswa pada kanan bawah setiap kali menulis diagnosis, rencana dan rasional.

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA**  
**KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

**IMPLEMENTASI EVALUASI TINDAKAN KEPERAWATAN**  
**KESEHATAN JIWA DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA .....**

Nama klien : ..... Ruangan : ..... RM. NO. : .....

Diagnosis	Implementasi Tindakan Keperawatan	Evaluasi

--	--	--

**PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMULIR  
IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA  
DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA**

Kolom diagnosis

Tulis nomor dan rumusan diagnosis

Kolom implementasi

Tulis tanggal dan jam dilakukannya tindakan

Tulis semua tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana :

Tindakan perawat

Tindakan perawat bersama klien

Tindakan perawat bersama keluarga

Tindakan perawat bersama klien dan keluarga

Tindakan perawat menyiapkan lingkungan keluarga

Tindakan rujukan keperawatan.

e. Kolom evaluasi

14. Tulis semua respon klien/keluarga terhadap tindakan yang telah dilaksanakan, baik objektif maupun subjektif.

15. Analisa respon klien dengan mengaitkan diagnosis, data, dan tujuan jika ditemukan masalah baru maka dituliskan apakah akan dirumuskan diagnosa baru.

16. Tuliskan rencana lanjutan, dapat berupa :

- Rencana dilanjutkan, jika hasil evaluasi sesuai harapan.
- Selesai, jika tujuan telah dicapai.
- Modifikasi tindakan, jika semua rencana telah dilaksanakan tetapi tujuan belum tercapai.
- Batal, jika hasil evaluasi kontradiksi dengan diagnosis yang ada.

f. Tulis nama jelas dan tanda tangan setiap selesai melaksanakan tindakan dan evaluasi.

**LAPORAN PENDAHULUAN**



15. Kasus (masalah utama)

16. Proses terjadinya masalah

17. A. Pohon masalah

B. Masalah keperawatan dan data yang perlu dikaji

18. Diagnosa keperawatan

19. Rencana tindakan keperawatan

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI**

**A. Proses Keperawatan**

Kondisi Klien

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

Diagnosa Keperawatan

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

Tujuan Khusus

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

Tindakan Keperawatan

.....

.....  
.....

**B. Proses Pelaksanaan Tindakan :**

**Orientasi**

- 1. Salam terapeutik : .....
- 2. Evaluasi / validasi : .....
- 3. Kontrak: Topik : .....
- Waktu : .....
- Tempat : .....

**Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan**

- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....
- 4. ....
- 5. ....
- 6. ....

Dan seterusnya

**Terminasi :**

- Evaluasi respons klien terhaap tindakan keperawatan  
Evaluasi klien (subjektif) : .....
- .....

.....  
Evaluasi perawat (objektif setelah reinforcement) : .....

.....  
.....

- Tindakan lanjut klien (apa yang perlu dilatih oleh klien sesuai hasil tindakan yang telah dilakukan) : .....

.....  
.....

- Kontrak yang akan datang :

Topik : .....

Waktu : .....

Tempat : .....

## **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

- Rencana keperawatan dibuat sesuai dengan prioritas masalah/diagnosis. Jika diagnosis belum dirumuskan maka rencana dibuat berdasarkan masalah, artinya masalah dianggap sebagai etiologi diagnosis.
- 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 18/01/2020, pukul 12.00

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

D/2 : .....

.....

TTD

.....

Nama

**Laporan berikutnya :**

1,2,3 ..... Jika perlu ditambah / dilengkapi dibawahnya.

4, ..... sama seperti contoh

Catatan nomor 1, 2, 3 dan seterusnya adalah nomor diagnosa.

**RENCANA KUNJUNGAN RUMAH**

1. Identitas Klien
2. Tujuan kunjungan rumah
3. Rencana tindakan keperawatan
9. Orientasi
  - a. Salam dan perkenalan
  - b. Kaji dan/atau validasi informasi tentang klien
10. Kerja (tindakan keperawatan)
  - o. Tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan
  - p. Tindakan keperawatan untuk keluarga (sesuai tugas kesehatan keluarga)
11. Terminasi
  - XVII. Evaluasi respons keluarga terhadap kunjungan rumah (subjektif)
  - XVIII. Evaluasi kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien (objektif)
  - XIX. Tindak lanjut : kesepakatan keluarga untuk terlibat dalam asuhan (di rumah sakit atau di rumah)
  - XX. Rencana pertemuan berikut ( di rumah sakit atau di rumah)

## RENCANA TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK

XIV. TOPIK : .....

XV. TUJUAN :

- Tujuan Umum : .....
- Tujuan Khusus :
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
  - d. ....

Dan seterusnya

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

XVII. KLIEN

- E. Karakteristik/kriteria
- F. Proses seleksi

XVIII. PENGORGANISASIAN

1. Waktu : tanggal, hari, jam, waktu yang dibutuhkan untuk tiap langkah tindakan.
2. Tim terapis : leader, co leader, fasilitator, observer.
3. Metode dan media

XIX. PROSES PELAKSANAAN

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





## PETUNJUK TEKNIS PEMBUATAN MAKALAH SEMINAR

Cover : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Bapak/Ibu/Nn .....  
Dengan Masalah Utama .....

### KATA PENGANTAR

### DAFTAR ISI

#### BAB I : PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan
- C. Proses Pembuatan Makalah : dimulai dari mengidentifikasi yang diambil dari hasil pengkajian dan observasi ruangan (presentase kasus ruangan). Kemudian studi literatur/kepuustakaan, diskusi kelompok, konsultasi pembimbing, makalah diseminarkan.

#### BAB II : GAMBARAN KASUS

- A. Pengkajian (Hasil dari pengkajian, sebanyak tiga perempat halaman : identitas, keluhan utama, hasil wawancara, hasil observasi, hasil wawancara/kunjungan rumah)
- B. Masalah Keperawatan (per masalah keperawatan, buat data objektif dan subjektif)
- C. Pohon Masalah dan Susun Diagnosis Keperawatan : berdasarkan prioritas.

### BAB III : LANDASAN TEORI

#### j. Proses Terjadinya Masalah

Uraian tentang terjadinya masalah keperawatan yang telah ditetapkan pada pohon masalah. Hal yang perlu diuraikan adalah pengertian masalah, faktor predisposisi dan presipitasi terjadinya masalah, perilaku maladaptive, akibat dari masalah secara teoritis. Kemudian dikaitkan dengan kondisi nyata klien saat ini. Umumnya uraian dimulai dari masalah utama (*core problem*) diikuti oleh masalah yang menjadi penyebab maupun masalah yang menjadi akibat, sampai semua masalah yang ada pada pohon masalah menjadi jelas.

#### k. Tindakan Keperawatan

Saudara dapat pilih dari salah satu cara di bawah ini :

Diuraikan prinsip tindakan secara garis besar untuk tiap masalah (sederhana)

Diuraikan tujuan khusus tiap masalah keperawatan disertai tindakan keperawatan untuk tiap tujuan khusus (rinci dan lengkap).

### BAB IV : PELAKSANAAN TINDAKAN

Terdiri dari : diagnosa keperawatan, tujuan umum, tindakan yang telah dilakukan evaluasi, tindak lanjut, kesemuanya dibuat dalam bentuk narasi.

### BAB V : PEMBAHASAN

Kesesuaian antara BAB III dan BAB IV, hambatan yang ditemukan saat merawat klien dan cara menanggulangnya per diagnosis, dibuat dalam bentuk narasi.

### BAB VI : PENUTUP, terdiri dari :

5. Kesimpulan (Hubungan BAB III, IV, V)
6. Saran (mengacu pada kesimpulan, harus operasional)

### DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN (pengkajian, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi)

**PERAN SERTA PADA KONFERENSI AWAL DAN AKHIR**

NO.	ASPEK YANG DINILAI	POIN					KET
		1	2	3	4	5	
1.	Membuat laporan pendahuluan (LP) dan strategi pelaksanaan (SP)						

2.	Menyampaikan rencana asuhan keperawatan						
3.	Menyampaikan hasil asuhan keperawatan						
4.	Memberi masukan (tanggapan, pendapat, ide) terhadap asuhan keperawatan yang didiskusikan						
5.	Memberikan respons (kognitif dan afektif) terhadap masukan						

Total : .....

Prosentase : .....

**Keterangan :**

5 = Sangat baik

4 = Baik

3 = Sedang

2 = Kurang

1 = Sangat Kurang

## PROSES KEPERAWATAN JIWA

NO.	ASPEK YANG DINILAI	POIN					KET
		1	2	3	4	5	
1.	Mengumpulkan data yang komprehensif dan akurat						
2.	Mengidentifikasi masalah klien yang aktual dan risiko						
3.	Memprioritaskan masalah klien						
4.	Merumuskan diagnosa berdasarkan masalah yang ditemukan sesuai dengan kebutuhan klien						
5.	Menetapkan tujuan tindakan sesuai diagnosis						
6.	Membuat kriteria evaluasi dengan prinsip SMART						
7.	Menetapka tindakan untuk mencapai tujuan						
8.	Merencanakan kunjungan rumah						
9.	Membuat rasional secara teoritis terhadap rencana tindakan						
10.	Mengimplementasikan tindakan sesuai rencana						
11.	Melakukan kunjungan rumah untuk pengkajian/perencanaan/implementasi dan atau evaluasi						
12.	Mencatat semua perilaku klien setelah melakukan implementasi dan melakukan penilaian keberhasilan rencana tindakan.						
13.	Mengevaluasi pencapaian kemampuan klien untuk tiap diagnosa.						

Total : .....

Prosentase : .....

**Keterangan :**

5 = Sangat baik

4 = Baik

3 = Sedang

2 = Kurang

1 = Sangat Kurang

**PROSES KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA  
DI UNIT RAWAT JALAN (POLIKLINIK/UGD)**

NO.	ASPEK YANG DINILAI	POIN					KET
		1	2	3	4	5	
1.	Mengidentifikasi keluarga dalam risiko						
2.	Mengidentifikasi masalah psikososial berdasarkan data yang ada						
3.	Mengenali stresor bio-psiko-sosial dari masalah yang ada						

4.	Merumuskan diagnosa keperawatan individual/kelompok sesuai dengan masalah psikososial yan telah diidentifikasi						
5.	Enetapkan 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						

Total : .....

Prosentase : .....

**Keterangan :**

5 = Sangat baik

4 = Baik

3 = Sedang

2 = Kurang

1 = Sangat Kurang

### UJIAN KLINIK ATAU SUPERVISI

NO.	ASPEK YANG DINILAI	POIN					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</b> (langkah-langkah tindakan keperawatan)						
5.	Teknik 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, tempat, waktu)						



<b>C.</b>	<b>DOKUMENTASI IMPLEMENTASI</b>						
1.	Implementasi						
2.	Evaluasi (S O A P)						

Total : .....

Prosentase : .....

**Keterangan :**

5 = Sangat baik

4 = Baik

3 = Sedang

2 = Kurang

1 = Sangat Kurang

### ANALISA PROSES INTERAKSI

NO.	ASPEK YANG DINILAI	POIN					KET
		1	2	3	4	5	
1.	Memilih dan menata lingkungan yang sesuai untuk interaksi						
2.	Menetapkan tujuan hubungan perawat - klien						
3.	Menggunakan teknik komunikasi terapeutik						
4.	Menggunakan sikap terapeutik						

5.	Membina hubungan saling percaya						
6.	Mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan selama interkasi						
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 : .....

Prosentase : .....

**Keterangan :**

5 = Sangat baik

4 = Baik

3 = Sedang

2 = Kurang

1 = Sangat Kurang

### TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK

NO.	ASPEK YANG DINILAI	POIN					KET
		1	2	3	4	5	
1.	Mengidentifikasi tujuan umum dan khusus dari aktivitas						
2.	Memilih kegiatan / aktivitas untuk klien						
3.	Merencanakan waktu yang dipakai						
4.	Memilih klien untuk bergabung dalam kelompok						
5.	Mendorong klien berperan serta dalam aktivitas						
6.	Mengimplementasikan aktivitas yang direncanakan						
7.	Mengatasi masalah yang muncul selama aktivitas berlangsung						
8.	Mengevaluasi pencapaian tujuan aktivitas						

Total : .....

Prosentase : .....

**Keterangan :**

5 = Sangat baik

4 = Baik

3 = Sedang

2 = Kurang

1 = Sangat Kurang

### PENILAIAN PRESENTASI DAN MAKALAH

ASPEK YANG DINILAI	POIN				ASPEK YANG DINILAI	POIN		
	1	2	3	4		1	2	3
<b>Kelompok Penyaji</b>					<b>Kelompok Penyanggah</b>			
<b>A. Persiapan</b>					<b>A. Cara Penyampaian</b>			
1. Sistematika penulisan makalah					1. Penggunaan kesempatan			
2. Konteks bahasa					2. Penguasaan emosi			
3. Susunan kalimat					3. Kejelasan kalimat dalam menyampaikan pertanyaan / tanggapan			
4. Penggunaan AVA								
<b>B. Pelaksanaan Presentasi</b>					<b>B. Isi Argumentasi</b>			
1. Penggunaan waktu					1. Ketepatan materi yang ditanyakan / ditanggapi			
2. Sistematika penjelasan					2. Relevansi pertanyaan/tanggapan			
3. Penggunaan bahasa					3. Rasionalitas pertanyaan/			

					tanggapan			
4. Penguasaan situasi/lingkungan					4. Kemampuan analisis			
5. Respons terhadap pertanyaan								
6. Sistematika penyampaian jawaban					<b>C. Evaluasi</b>			
7. Rasionalitas jawaban					1. Kemampuan menerima jawaban penyaji			
8. Penyampaian ide-ide					2. Kemampuan memberikan feedback			
9. Penguasaan emosi								
10. Peran serta anggota kelompok								
<b>C. Evaluasi</b>								
1. Kemampuan menanggapi secara teoritis/konseptual								
2. Kemampuan menyimpulkan								
Total					Total			

**Keterangan :**

5 = Sangat baik

4 = Baik

3 = Sedang

2 = Kurang

1 = Sangat Kurang











YAYASAN MEDISTRA INDONESIA  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA**

PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI  
 KEBIDANAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3)

Jl.Cut Mutia Raya No. 88A-Kel.Sepanjang Jaya – Bekasi Telp.(021) 82431375-77 Fax (021) 82431374

Web: [stikesmedistra-indonesia.ac.id](http://stikesmedistra-indonesia.ac.id) Email: [stikesmi@stikesmedistra-indonesia.ac.id](mailto:stikesmi@stikesmedistra-indonesia.ac.id)

**FORMAT BIMBINGAN PRAKTEK**

**Tempat praktek** : .....

**Program Studi** : .....

**Nama Mahasiswa** : .....

**NPM** : .....

NO.	RUANGAN	HARI/TGL	JAM BIMBINGAN	NAMA MAHASISWA	TTD MAHASISWA	PERMASALAHAN	KET

Mengetahui,  
 Ka. Prodi Keperawatan (S1&Profesi Ners)

Kiki Deniati,S.Kep.,Ners.,M.Kep

Pembimbing Akademik

(.....)



YAYASAN MEDISTRA INDONESIA

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA

PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI  
KEBIDANAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3)

Jl.Cut Mutia Raya No. 88A-Kel.Sepanjang Jaya – Bekasi Telp.(021) 82431375-77 Fax (021) 82431374

**Web:** [stikesmedistra-indonesia.ac.id](http://stikesmedistra-indonesia.ac.id) **Email:** [stikesmi@stikesmedistra-indonesia.ac.id](mailto:stikesmi@stikesmedistra-indonesia.ac.id)

### PRESENSI SUPERVISI

**Tempat praktek** : .....

**Program Studi** : .....

**Nama Mahasiswa** : .....

**NPM** : .....

No	NPM	NamaMahasiswa	TTD Mahasiswa	Hari/Tgl	Namapenguji Akademik	TTD pengujiAkade mik	NamaPeng uji CI	TTD Penguji CI	Ruangan

Mengetahui,  
Ka. Prodi Keperawatan (S1&Profesi Ners)

Kiki Deniati,S.Kep.,Ners.,M.Kep



YAYASAN MEDISTRA INDONESIA

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA  
INDONESIA**

PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1)  
PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1) PROGRAM  
STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3)

Jl.Cut Mutia Raya No. 88A-Kel.Sepanjang Jaya – Bekasi Telp.(021) 82431375-77 Fax (021) 82431374

Web: [stikesmedistra-indonesia.ac.id](http://stikesmedistra-indonesia.ac.id) Email: [stikesmi@stikesmedistra-indonesia.ac.id](mailto:stikesmi@stikesmedistra-indonesia.ac.id)

**BERITA ACARA  
PELAKSANAAN SUPERVISI KLINIK  
MAHASISWA PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
STIKES MEDISTRA INDONESIA  
TAHUN AKADEMIK 2022/2023**

Pada hari ini, ..... tanggal ..... bulan ..... Tahun ..... di  
RSUD....., telah dilaksanakan supervise pada mahasiswa Program Studi .....

Jumlah Mahasiswa yang supervisi : .....  
Jumlah Penguji Akademi : .....  
Nama Penguji Akademik : .....  
Jumlah pengujian CI : .....  
Nama Penguji CI : .....  
Ruangan : .....  
Waktu : .....

Catatan penting selama pelaksanaan Supervisi klinik:

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

Demikianlah berita acara ini dibuat dengan sebenarnya, sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

Mengetahui,  
Ka. Prodi Keperawatan (S1&Profesi Ners)

.....  
Pembimbing Akademik

Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep

(.....)



YAYASAN MEDISTRA INDONESIA  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA  
INDONESIA

PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1)  
PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1) PROGRAM  
STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3)

Jl.Cut Mutia Raya No. 88A-Kel.Sepanjang Jaya – Bekasi Telp.(021) 82431375-77 Fax (021) 82431374

Web: [stikesmedistra-indonesia.ac.id](http://stikesmedistra-indonesia.ac.id) Email: [stikesmi@stikesmedistra-indonesia.ac.id](mailto:stikesmi@stikesmedistra-indonesia.ac.id)

**BERITA ACARA  
PELAKSANAAN BIMBINGAN KLINIK  
MAHASISWA PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
STIKES MEDISTRA INDONESIA  
TAHUN AKADEMIK 2022/2023**

Pada hari ini, ..... tanggal ..... bulan ..... Tahun ..... di  
RSUD....., telah dilaksanakan Bimbingan klinik pada mahasiswa/i Program Studi  
.....:

Jumlah Mahasiswa : .....  
Jumlah Pembimbing : .....  
Nama Pembimbing : .....  
Ruangan : .....  
Waktu : .....

Catatan penting selama pelaksanaan Bimbingan Klinik:

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

Demikianlah berita acara ini dibuat dengan sebenarnya, sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

Mengetahui,  
Ka. Prodi Keperawatan (S1&Profesi Ners)

.....  
Pembimbing Akademik

Kiki Deniati,S.Kep.,Ners.,M.Kep

(.....)



## FORM PENILAIAN *PERFORMANCE SKILL*

### PROFESIONALITAS INDIVIDU

Nama mahasiswa : .....  
 Tempat pelaksanaan : .....

Periode Penilaian : .....s.d .....  
 Tahap ke : 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE				TOTAL
			4	3	2	1	
1.	<b>Komunikasi</b> a. Menunjukkan : salam, sapa, senyum dan sopan setiap berinteraksi serta memperkenalkan diri b. Mampu berkomunikasi dengan klien, keluarga klien, perawat dan tenaga kesehatan lain dengan baik. c. Mampu menyampaikan pendapat dengan baik. d. Mampu menggali informasi tentang pasien dengan baik.	30					
2.	<b>Kedisiplinan</b> a. Berpakaian selalu sesuai dengan aturan, bersih dan rapi dan Islami (baju, tanda pengenal dan sepatu). b. Datang dan pulang selalu sesuai dengan waktu dinas. c. Praktek selalu sesuai dengan jadwal dinas. d. Menggunakan waktu praktek dengan baik.	20					
3.	<b>Kerjasama</b> a. Mampu memahami tugas-tugas yang menjadi tanggungjawabnya. b. Menyelesaikan tugas-tugas tepat waktu. c. Mampu menyelesaikan masalah dengan cepat dan konstruktif. d. Menunjukkan semangat (pengerahan kemampuan) secara maksimal. e. Mampu berkolaborasi dengan tim kesehatan lain f. Melakukan operan dengan petugas kesehatan (data, hasil tindakan, evaluasi dan tindak lanjut)	15					
4.	<b>Integritas Diri</b> a. Menunjukkan kepercayaan diri (tidak minder/ malu). b. Menunjukkan kejujuran dalam bertindak. c. Menunjukkan sikap memberi/ mambantu. d. Menunjukkan kepedulian terhadap lingkungan.	15					
5	<b>Knowledge</b> a. Pengetahuan dalam mengkaji b. Kemampuan dalam analisa masalah c. Kemampuan mengkaitkan rencana intervensi dengan masalah d. Kemampuan analisa terhadap tindakan e. Menggunakan konsep dan teori f. Kemampuan mengevaluasi tindakan keperawatan	20					
<b>Jumlah Skor</b>							
<b>NILAI= Jumlah Skor/4</b>							

1= melakukan kurang dari 25% dari sub komponen	2 = melakukan 26- 50 % dari sub komponen	3 = melakukan 51- 75 % dari sub komponen	4 = melakukan lebih dari 76% dari sub komponen
--	--	--	--

Mahasiswa, .....

Penilai



.....)  
 .....)

### FORMAT PENILAIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa :  
 Tempat pelaksanaan :

Hari/ Tanggal :  
 Kasus :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI				Bobot X Nilai
			1	2	3	4	
A.	<b>PENGAJIAN</b>						
	1. Ketrampilan pengambilan data	20%					
	2. Validasi data						
3. Kelengkapan data klien							
B.	<b>PERUMUSAN DIAGNOSA</b>						
	1. Ketepatan mengelompokkan data	10%					
2. Ketepatan rumusan diagnose keperawatan							
C.	<b>PERENCANAAN</b>						
	1. Ketepatan penyusunan prioritas diagnose keperawatan	20%					
	2. Ketepatan tujuan dan criteria hasil						
3. Relevansi rencana tindakan dengan diagnose keperawatan							
D.	<b>PELAKSANAAN</b>						
	1. Kemampuan mengelola pelaksanaan tindakan	20%					
	2. Kemampuan kolaborasi dengan tim kesehatan						
	3. Kemampuan melibatkan peranserta klien & Keluarga						
4. Mendokumentasikan tindakan dengan benar							
E.	<b>EVALUASI</b>						
	1. Kualitas isi perkembangan klien	20%					
	a. Subyektif, obyektif sesuai criteria hasil						
	b. Ketajaman analisa evaluasi						
	c. Tindak lanjut dan modifikasi						
2. Validitas proses evaluasi							
F.	<b>PERFORMANCE SKILL</b>						
	1. Komunikasi	10%					
	2. Kedisiplinan						
	3. Kerjasama						
	4. Integritas Diri						
<b>TOTAL Nilai/4</b>							

1= melakukan kurang dari 25% dari sub komponen	2= melakukan 26- 50 % dari sub komponen	3 = melakukan 51- 75 % dari sub komponen	4 = melakukan lebih dari 76% dari sub komponen
--	---	--	--

Mahasiswa

Penilai

(.....)

(.....)



## FORM PENILAIAN TINDAKAN DOPS (*Direct Observational Prosedur Skill*)

Nama Mahasiswa : ..... Hari/ tanggal : .....  
 Tempat Pelaksanaan : ..... Prosedur & Kasus : .....

KOMPONEN PENILAIAN	1	2	3	4	U/C
1. Mendemonstrasikan Pemahaman Mahasiswa Kepada Pembimbing. a. Menjelaskan indikasi, tujuan, komplikasi dan langkah-langkah prosedur. b. Menjelaskan anatomi dan fisiologi kepada pembimbing.					
2. Melaksanakan <i>Inform Consent</i> a. Menjelaskan prosedur kepada pasien b. Mendapatkan persetujuan tindakan dari klien dan keluarga					
3. Mendemonstrasikan persiapan prosedur yang sesuai a. Menyiapkan alat dan bahan sesuai kebutuhan b. Memposisikan klien dan menjaga privasi klien c. Melibatkan anggota keluarga klien.					
4. Melakukan prosedur tindakan keperawatan secara benar dan aman kepada pasien					
5. Kemampuan tehnik a. Melakukan tindakan sesuai urutan. b. Melakukan tindakan secara efektif. c. Menggunakan waktu dan alat secara efisien					
6. Teknik aseptik a. Hand Hygiene/ Mencuci tangan dengan benar. b. Menggunakan APD dengan benar. c. Menjaga kesterilan dan atau kebersihan alat dengan benar.					
7. Mencari bantuan saat diperlukan					
8. Manajemen sesudah prosedur a. Menjelaskan pada pasien apa yang harus dilakukan setelah tindakan. b. Memonitor hasil tindakan. c. Membereskan dan merapihkan alat dengan memperhatikan universal precaution. d. Mendokumentasikan tindakan dengan benar.					
9. Kemampuan komunikasi terapeutik a. Memberikan kesempatan pada klien/ keluarga untuk bertanya dan menjawab pertanyaanya b. Berbicara dengan kata-kata yang sopan dan mudah dipahami c. Menghindari istilah yang tidak dimengerti klien d. Mengeksplor klien dengan pertanyaan terbuka					
10. Mempertimbangkan kondisi pasien a. Respek b. Empati c. Percaya kepada klien d. Sadar akan keterbatasan klien					
11. Mempertimbangkan keselamatan pasien dari tahap pre interaksi – terminasi					
<b>Jumlah skor</b>					
<b>Nilai = <math>\frac{\text{Jumlah Skor}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100</math></b>					

1= melakukan kurang dari 25% dari sub komponen	2 = melakukan 26- 50 % dari sub komponen	3 = melakukan 51- 75 % dari sub komponen	4 = melakukan lebih dari 76% dari sub komponen	U/C : unable to comment/ not observed
--	--	--	--	---------------------------------------

Penilai,

(.....)  
.....)





## FORM PENILAIAN ANALISIS TINDAKAN

Nama : .....  
Tempat : .....

NIM : .....  
Ke- : 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 /

No.	Komponen	Bobot	Nilai			
			1	2	3	4
1	Mampu menjelaskan pengertian tindakan	10				
2	Mampu menjelaskan indikasi tindakan	10				
3	Mampu menyebutkan tujuan tindakan	20				
4	Mampu menyebutkan rasionalisasi tindakan	20				
5	Mampu menyebutkan prosedur tindakan	20				
6	Mampu menjelaskan kesenjangan tindakan dengan teori	20				
Jumlah Nilai						
<b>Nilai = Jumlah Nilai/4</b>						

1 = melakukan kurang dari 25% dari sub komponen	2 = melakukan 26- 50 % dari sub komponen	3 = melakukan 51- 75 % dari sub komponen	4 = melakukan lebih dari 76% dari sub komponen
---	--	--	--

Penilai

(.....)



## FORMAT PENILAIAN KLIEN RESUME

No	Kriteria	Bobot	Skor			
			1	2	3	4
1	<b>Pengkajian (20%)</b> a. Mengumpulkan DS Dan DO b. Berfokus Pada Permasalahan Saat Itu (Here And Now)	20%				
2	<b>Perumusan Diagnosa (35%)</b> a. Menganalisa Data b. Merumuskan Diagnosa Keperawatan c. Memprioritaskan Diagnosa Keperawatan	35%				
3	<b>Implementasi (35%)</b> a. Menggunakan Komunikasi Teurapetik b. Menggunakan Alat Secara Efisien c. Menerapkan Terapi Bermain d. Melakukan Kolaborasi e. Memperhatikan Tumbuh Kembang f. Melibatkan Orang Tua/Keluarga g. Memberikan Penkes	35%				
4	<b>Evaluasi SOAP (10%)</b> a. Menuliskan Evaluasi b. Menerapkan Aspek Legal	10%				
<b>Total Nilai/4</b>						

1= melakukan kurang dari 25% dari sub komponen	2 = melakukan 26- 50 % dari sub komponen	3 = melakukan 51- 75 % dari sub komponen	4 = melakukan lebih dari 76% dari sub komponen
--	--	--	--

Penilai

(.....)



## Form Penilaian Presentasi Kasus/ Seminar

Nama Mahasiswa :  
Tempat Pelaksanaan :

Hari/Tanggal :  
Kasus :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI				Bobot X Nilai
			1	2	3	4	
A.	<b>PENGAJIAN</b>						
	1. Keterampilan pengambilan data	20%					
	2. Validasi data						
3. Kelengkapan data klien							
B.	<b>PERUMUSAN DIAGNOSA</b>						
	1. Ketepatan mengelompokkan data	10%					
2. Ketepatan rumusan diagnose keperawatan							
C.	<b>PERENCANAAN</b>						
	1. Ketepatan penyusunan prioritas diagnose keperawatan	20%					
	2. Ketepatan tujuan dan criteria hasil						
3. Relevansi rencana tindakan dengan diagnose keperawatan							
D.	<b>PELAKSANAAN</b>						
	1. Kemampuan mengelola pelaksanaan tindakan	20%					
	2. Kemampuan kolaborasi dengan tim kesehatan						
	3. Kemampuan melibatkan peranserta klien & Keluarga						
4. Mendokumentasikan tindakan dengan benar							
E.	<b>EVALUASI</b>						
	1. Kualitas isi perkembangan klien	20%					
	a. Subyektif, obyektif sesuai criteria hasil						
	b. Ketajaman analisa evaluasi						
	c. Tindak lanjut dan modifikasi						
2. Validitas proses evaluasi							
F.	3. Penampilan klien setelah dirawat						
	<b>PERFORMANCE SKILL</b>						
	1. Komunikasi	10%					
	2. Kedisiplinan						
	3. Kerjasama						
4. IntegritasDiri							
<b>TOTAL Nilai/4</b>							

1= melakukan kurang dari 25% dari sub komponen	2 = melakukan 26- 50 % dari sub komponen	3 = melakukan 51- 75 % dari sub komponen	4 = melakukan lebih dari 76% dari sub komponen
--	--	--	--

Mahasiswa

Penilai

(.....)  
(.....)



## FORM PENILAIAN MINI-CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise)

Nama mahasiswa : \_\_\_\_\_ Hari/ tanggal : \_\_\_\_\_  
 Tempat pelaksanaan : \_\_\_\_\_ Kasus : \_\_\_\_\_

NO	KOMPONEN PENILAIAN	NILAI (0-4)
1	<b>Pengetahuan</b>	
	1. Mampu menjelaskan kasus secara teori	
	2. Mampu menjelaskan patway gejala yang muncul pada pasien	
	3. Mampu menjelaskan pengangkatan diagnose keperawatan pada pasien	
	4. Mampu menjelaskan rasionalisasi tindakan	
2	<b>Kemampuan komunikasi terapeutik</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
	a. Memfasilitasi klien menceritakan riwayat kesehatannya	
	b. Kemampuan menyampaikan pertanyaan yang efektif dan tepat untuk mendapatkan informasi yang akurat dan adekuat	
	c. Kemampuan untuk memberi respon yang sesuai terhadap reaksi verbal/ non verbal	
3	<b>Ketrampilan pemeriksaan fisik</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
	a. Efektif	
	b. Efisien	
	c. Kesesuaian pemeriksaan dengan masalah kesehatan yang ada	
	d. Kemampuan memberikan penjelasan kepada klien	
4	<b>Profesionalisme klinis</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
	a. Menunjukkan sikap menghormati	
	b. Peduli terhadap kenyamanan dan keamanan pasien	
	c. Empati	
	d. Membangun sikap percaya	
	e. Percaya diri	
	f. Menunjukkan perilaku etik	
5	<b>Kemampuan membuat intervensi keperawatan</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
	a. Kemampuan membuat diagnose yang tepat	
	b. Membuat prioritas yang sesuai dengan klien	
	c. Kemampuan membuat kriteria hasil	
	d. Membuat perencanaan yang sesuai	
	e. Kemampuan menjelaskan rasionalisasi tindakan	
6	<b>Kemampuan memberikan pendidikan kesehatan/konsultasi</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
	a. Kemampuan membuat Satuan Acara Pembelajaran (SAP) sesuai kebutuhan	
	b. Kemampuan memberikan penkes sesuai kebutuhan klien	
	c. Kemampuan mengevaluasi pemahaman klien	
	d. Kemampuan menggunakan media yang sesuai	
7	<b>Organisasi</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
	a. Keruntutan tindakan <span style="margin-left: 100px;">c. Keefektifan Alat</span>	
	b. Keefektifan melakukan tindakan <span style="margin-left: 100px;">d. Kreatifitas</span>	
8	<b>Kompetensi Klinis Keperawatan Secara Umum</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
	a. Kemampuan melakukan tindakan sesuai standar prosedur operasional.	
	b. Kemampuan melakukan tindakan dengan aman (keselamatan pasien).	
	c. Kemampuan mengelola tindakan sesuai dengan rencana atau urutan tindakan.	
	d. Efektifitas (keberhasilan melakukan tindakan)	
	e. Efisiensi (penggunaan alat yang sesuai)	
	f. Keseimbangan antara manfaat dan risiko	
	g. Kesadaran akan keterbatasan diri	
<b>Jumlah Skor</b>		
Nilai = $\frac{\text{Jumlah Skor} \times 100}{32}$		

0 = tidak dilakukan	1 = melakukan kurang dari 25% dari sub komponen	2 = melakukan 26-50 % dari sub komponen	3 = melakukan 51-75% dari sub komponen	4 = melakukan lebih dari 76% dari sub komponen
---------------------	---	---	--	--

Feedback : .....  
 .....  
 Penilai  
 .....  
 .....

(.....)

