

L A M P I R A N



LAMPIRAN 1 format asuhan keperawatan jiwa

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWASetting: ☐ Rumah Sakit☐ Masyarakat

Ruangan :

Puskesmas :

No. RM :

No. Register:

Tanggal Pengkajian : Pukul : WIB

A. PENGKAJIAN**I. IDENTITAS**

Nama : (L / P)

Umur : tahun

Status perkawinan : ☐ Belum menikah ☐ Menikah ☐ Janda / Duda

Agama : Pendidikan :

Pekerjaan : Pendapatan :

Suku / Bangsa :

Alamat :

RT RW Desa / Kelurahan

Kota / Kabupaten

INFORMAN :

Nama : (L / P)

Umur : tahun

Pekerjaan :

Hubungan dengan pasien :

Tinggal serumah dengan pasien : ☐ Ya ☐ Tidak

Alamat :

RT RW Desa / Kelurahan

Kota / Kabupaten

No Telp / HP : /

II. KELUHAN UTAMA

.....

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Biologik

a. Riwayat kesehatan sebelumnya

.....

b. Genetik

Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ☐ Ya ☐ Tidak

Hubungan keluarga

Gejala

Riwayat pengobatan/perawatan

.....

2. Psikososial

a. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

.....

b. Riwayat penganiayaan

	Pelaku / Usia		Korban / Usia		Saksi / Usia	
Aniaya Fisik						
Aniaya Seksual						
Penolakan						
Kekerasan Dalam Keluarga						
Tindak Kriminal						

Jelaskan :

.....

c. Genogram

Pengambilan keputusan :

Pola komunikasi :

IV. FAKTOR PRESIPITASI

1. Peristiwa yang baru dialami dalam waktu dekat

.....

.....

2. Perubahan aktivitas hidup sehari-hari

.....

.....

3. Perubahan fisik

4. Lingkungan penuh kritik

V. FISIK

1 Tanda Vital TD : N : S : P :

2 Ukur TB : BB :

☐ Turun ☐ Naik

3 Keluhan Fisik: ☐ Ya ☐ Tidak

Jelaskan :

Diagnosa Keperawatan :

VI. SOSIAL-KULTURAL-SPIRITUAL

1 Konsep diri :

Citra tubuh :

Identitas :

Peran :

Ideal diri :

Harga diri :

2. Hubungan sosial

a. Orang terdekat :

.....
.

.....
.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

.....
.....

Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

.....
.....

3. Spiritual :

a. Nilai dan keyakinan

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

b. Kegiatan ibadah

.....
.....

c. Pengaruh spritual terhadap koping individu

.....

VII. STATUS MENTAL

1. Deskripsi Umum

a. Penampilan

Cara berpakaian

☐ Tidak rapi ☐ Tidak seperti biasanya

☐ Penggunaan pakaian tidak sesuai

Jelaskan

.....

Cara berjalan dan sikap tubuh :

Jelaskan

.....

Kebersihan :

Jelaskan

.....

Ekspresi wajah dan kontak mata :

Jelaskan

.....

b. Pembicaraan

Frekuensi : ☐ Cepat ☐ Lambat

Volume : ☐ Keras ☐ Lembut

Karakteristik : ☐ Gagap ☐ Inkoherensi ☐ Ekolalia

Jumlah : ☐ Membisu ☐ Bicara berlebihan

Jelaskan :

c. Aktivitas motorik

Tingkat aktifitas :

☐ Letargik ☐ Gelisah ☐ Agitasi ☐ Tegang

Jenis aktifitas :

- ☐ Grimacen ☐ Tremor ☐ Tic

Isyarat tubuh :

- ☐ Kompulsif ☐ Manirisme ☐ Kataton

Interaksi selama wawancara :

- ☐ Manipulatif ☐ Seduktif ☐ Defensif ☐ Apatis Mudah tersinggung
- ☐ Mengeluh ☐ Curiga ☐ Hati-hati ☐ Tidak kooperatif Bermusuhan
- ☐ Kontak mata kurang

Jelaskan :

Status Emosi

a. Alam perasaan

- ☐ Sedih ☐ Gembira berlebihan ☐ Cemas
- ☐ Kesepian ☐ Marah ☐ Mudah terkejut
- ☐ Putus asa ☐ Apatis ☐ Gugup
- ☐ Getir ☐ Sombong ☐ Murung
- ☐ Perasaan meluap ☐ Rasa bersalah
- ☐ Kurang rasa malu/kurang rasa bersalah

Jelaskan :

b. Afek

- ☐ Datar ☐ Tumpul ☐ Ambivalensi
- ☐ Labil ☐ Tidak sesuai

Jelaskan :

Persepsi

a. Halusinasi

- ☐ Pendengaran ☐ Penglihatan ☐ Penciuman
☐ Pengecapan ☐ Perabaan

Jelaskan :

b. Ilusi

Jelaskan :

c. Depersonalisasi

Jelaskan :

d. Derealisasi

Jelaskan :

Proses Pikir

a. Bentuk pikir

- ☐ Dereisme/dereistik ☐ Otistik ☐ Non realistik

Jelaskan :

b. Arus pikir

- ☐ Flight of ideas ☐ Logik ☐ Logorea

- ☐ Inkoherensi ☐ Blocking ☐ Irelevansi
☐ Sirkumstatial ☐ Tangensial ☐ Perseverasi

Jelaskan :

.....

c. Isi pikir (verbal maupun non verbal)

- ☐ Fantasi ☐ Depersonalisasi ☐ Phobia
☐ Obsesi ☐ Pikiran magis ☐ Pesimistis
☐ Ide bunuh diri ☐ Pikiran-hubungan
☐ Ide yang terkait ☐ Ide untuk membunuh
☐ Rasa bersalah yang berlebihan

Waham

- ☐ Agama ☐ Somatik ☐ Kebesaran
☐ Curiga ☐ Nihilistik ☐ Sisip pikir
☐ Siar pikir ☐ Kontrol pikir

Jelaskan :

.....

Sensori dan Kognisi

a. Tingkat kesadaran :

- ☐ Koma ☐ Bingung ☐ Sedasi ☐ Stupor ☐ Mengantuk
☐ Disorientasi orang ☐ Disorientasi waktu ☐ Disorientasi tempat

Jelaskan :

.....

b. Daya Ingat (memory)

☐ Amnesia ☐ Hiperamnesia ☐ Konfabulasi

☐ Jangka panjang ☐ Jangka pendek Saat ini

Jelaskan :

c. Tingkat konsentrasi dan berhitung

☐ Mudah beralih

☐ Tidak mampu berkonsentrasi

☐ Serial 7's inattention

☐ Tidak mampu menghitung sederhana

Jelaskan :

d. Insight

☐ Menerima sakitnya

☐ Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

☐ Mengingkari gangguan penyakit yang dideritanya

Jelaskan :

e. Pengambilan keputusan (Judgment)

Jelaskan :

VIII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

Makan

☐ Mandiri

☐ Bantuan minimal

☐ Bantuan total

Jelaskan :

BAB/BAK

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

.....

Mandi

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

.....

Berpakaian / berhias

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

.....

Istirahat dan tidur

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

.....

Tidur siang lama : s.d

Tidur malam hari : s.d

Aktivitas sebelum / sesudah tidur : s.d

Penggunaan obat

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

Pemeliharaan kesehatan

	Ya	Tidak
Perawatan lanjutan	☐	☐
Sistem pendukung	☐	☐

Jelaskan :

.....

Aktifitas didalam rumah

	Ya	Tidak
Mempersiapkan makanan	☐	☐
Menjaga kerapihan rumah	☐	☐
Mencuci pakaian	☐	☐
Pengatur keuangan	☐	☐

Jelaskan :

.....

Aktifitas diluar rumah

	Ya	Tidak
Belanja	☐	☐
Transpotasi	☐	☐
Lain-lain	☐	☐

Jelaskan :

.....

IX. MEKANISME KOPING

Adatif

- ☐ Bicara dengan orang lain
- ☐ Mampu menyelesaikan masalah
- ☐ Lambat/berlebihan
- ☐ Mencederai diri
- ☐ Aktifitas konstruksi
- ☐ Olah raga
- ☐ Lainnya

Maladatif

- ☐ Minum alkohol
- ☐ Reaksi formasi
- ☐ Teknik relokasi
- ☐ Bekerja berlebihan
- ☐ Menghindar
- ☐ Lainnya

Jelaskan :

X. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- ☐ Masalah dengan dukungan kelompok, uraikan
-
- ☐ Masalah berhubungan dengan lingkungan, uraikan
-
- ☐ Masalah dengan pendidikan, uraikan
-
- ☐ Masalah dengan pekerjaan, uraikan
-
- ☐ Masalah dengan perumahan, uraikan
-

XI. KURANGNYA PENGETAHUAN

- ☐ Penyakit jiwa
- ☐ Faktor presipitasi
- ☐ Koping
- ☐ Obat-obatan
- ☐ Sistem pendukung
- ☐ Penyakit fisik
- ☐ Obat-obatan

Diagnosa keperawatan :

XII. ASPEK MEDIK

Diagnosa medik :
 Terapi medik :
 Riwayat alergi :
 Riwayat penggunaan obat :
 Hasil pemeriksaan Lab :

XIII. ANALISA DATA

Form Analisa data

No	Data	Problem
1	Ds: Do:	
2	Ds: Do:	
	Dst .	

XIV. POHON MASALAH

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.
3. dst.....

A. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	
		TUJUAN/OUTCOME	INTERVENSI

B. IMPLEMENTASI, EVALUASI DAN CATATAN PERKEMBANGAN

HARI/TGL JAM	DIAGNOSA KEP	IMPLEMENTASI	EVALUASI
			S: O: A: P:
			S: O: A: P:

LAMPIRAN 2 Tools SP 1

 UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP FAKULTAS ILMU KESEHATAN LABORATORIUM KEPERAWATAN Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223				
NAMA MAHASISWA :				
NIM :				
GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN (SP) I MEMBINA HUBUNGAN SALING PERCAYA, MENGIDENTIFIKASI NILAI-NILAI POSITIF YANG DIMILIKI KLIEN, MENILAI KEMAMPUAN YANG DAPAT DILAKUKAN DI RSJ, MEMBIMBING MENYUSUN KEGIATAN HARIAN DAN MELATIH MELAKSANAKAN SATU KEGIATAN				
NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE ORIENTASI			
	1. Memberikan salam terapeutik dan berkenalan			
	a. Memberikan salam	2		
	b. Memperkenalkan diri dan menanyakan nama klien	2		
	c. Memanggil nama panggilan yang disukai klien	2		
	d. Menyampaikan tujuan interaksi	2		
	2. Melakukan evaluasi dan validasi data			
	a. Menanyakan perasaan klien hari ini	2		
	b. Memvalidasi dan mengevaluasi masalah klien	5		
	3. Melakukan kontrak			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
B.	FASE KERJA			
	Mengucapkan Basmallah bersama-sama klien	2		
	1. Menanyakan apa penyebab klien mempunyai perasaan malu	2		
	2. Menanyakan apakah klien merasa tidak sempurna	2		
	3. Menanyakan apakah ada perasaan khawatir terkait perasaan malunya	2		
	4. Menanyakan apakah perasaan malu tersebut membuat klien tidak mau bergaul atau membuat klien selalu ingin marah	2		
	5. Menanyakan kebiasaan yang dilakukan klien apabila perasaan malu/minder muncul	2		
	6. Menjelaskan bahwa manusia di dunia tidak ada yang sempurna	2		
	7. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien (tulis di kertas)	5		
	8. Menghindari penilaian aspek negatif	5		
	9. Mendiskusikan kemampuan yang dapat dilakukan di ruangan (RSJ)	5		
	10. Meminta klien untuk menyebutkan kegiatan harian yang bisa dilakukan di ruangan (RSJ)	3		
	11. Membantu klien untuk menuliskan kegiatan harian pada format kegiatan yang sudah disediakan	4		
	12. Memberikan kesempatan pada klien untuk memilih satu kegiatan	4		
	13. Melatih & memberi kesempatan kepada klien untuk mempraktekan kegiatan tersebut	5		
	14. Memberikan reinforcement positif	7		
	Mengucapkan Hamdalah bersama-sama klien	2		
C.	FASE TERMINASI			
	1. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan :			
	a. Evaluasi subyektif	2		
	b. Evaluasi obyektif	2		
	2. Melakukan rencana tindak lanjut (tulis dalam kegiatan harian klien)	5		
	3. Melakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya :			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
D	SIKAP TERAPEUTIK			
	1. Berhadapan dan mempertahankan kontak mata	2		
	2. Membungkuk ke arah klien dengan sikap terbuka dan rileks	2		
	3. Mempertahankan jarak terapeutik	2		
E	TEHNIK KOMUNIKASI			
	1. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti	2		
	2. Menggunakan tehnik komunikasi yang tepat	2		
	JUMLAH	100		
Keterangan :			Observer,	
	TIDAK : Tidak dilakukan			
	YA : Dilakukan dengan sempurna			
Standar kelulusan nilai 75			(.....)	

LAMPIRAN 3 Tools SP 2

				
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP FAKULTAS ILMU KESEHATAN LABORATORIUM KEPERAWATAN Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223				
NAMA MAHASISWA : NIM :				
GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN (SP) II MEMBIMBING KLIEN MELAKUKAN KEGIATAN HARIAN				
NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE ORIENTASI			
	1. Memberikan salam terapeutik			
	a. Memberikan salam	2		
	b. Mengingatkan nama perawat dan klien	2		
	c. Memanggil nama panggilan yang disukai klien	2		
	d. Menyampaikan tujuan interaksi	5		
	2. Melakukan evaluasi dan validasi data			
	a. Menanyakan perasaan klien hari ini	2		
	b. Memvalidasi dan mengevaluasi masalah klien	5		
	3. Melakukan kontrak			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
B.	FASE KERJA			
	Mengucapkan Basmallah bersama-sama klien	2		
	1. Meminta klien untuk menyebutkan kegiatan yang akan dilakukan	5		
	2. Menjelaskan tujuan dilakukan kegiatan tersebut	7		
	3. Menanyakan apakah klien sudah tahu bagaimana melakukan kegiatan tersebut	5		
	4. Menjelaskan cara melaksanakan kegiatan tersebut	8		
	5. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan	10		
	6. Mendiskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah	5		
	7. Memberikan reinforcement positif	7		
	Mengucapkan Hamdalah bersama-sama klien	2		
C.	FASE TERMINASI			
	1. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan :			
	a. Evaluasi subyektif	2		
	b. Evaluasi obyektif	2		
	2. Melakukan rencana tindak lanjut (tuliskan dalam kegiatan harian klien)	5		
	3. Melakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya :			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
D	SIKAP TERAPEUTIK			
	1. Berhadapan dan mempertahankan kontak mata	2		
	2. Membungkuk ke arah klien dengan sikap terbuka dan rileks	2		
	3. Mempertahankan jarak terapeutik	2		
E	TEHNIK KOMUNIKASI			
	1. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti	2		
	2. Menggunakan tehnik komunikasi yang tepat	2		
	JUMLAH	100		
Keterangan :			Observer,	
	TIDAK : Tidak dilakukan			
	YA : Dilakukan dengan sempurna			
Standar kelulusan nilai 75			(.....)	

LAMPIRAN 4 tools sp 3

 UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP FAKULTAS ILMU KESEHATAN LABORATORIUM KEPERAWATAN Jl. Cerme No 24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223				
NAMA MAHASISWA : NIM :				
GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN (SP) III MEMBIMBING KLIEN MELAKUKAN KEGIATAN HARIAN				
NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE ORIENTASI			
	1. Memberikan salam terapeutik			
	a. Memberikan salam	2		
	b. Mengingatkan nama perawat dan klien	2		
	c. Memanggil nama panggilan yang disukai klien	2		
	d. Menyampaikan tujuan interaksi	5		
	2. Melakukan evaluasi dan validasi data			
	a. Menanyakan perasaan klien hari ini	2		
	b. Memvalidasi dan mengevaluasi masalah klien	5		
	3. Melakukan kontrak			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
B.	FASE KERJA			
	Mengucapkan Basmallah bersama-sama klien	2		
	1. Meminta klien untuk menyebutkan kegiatan yang akan dilakukan	5		
	2. Menjelaskan tujuan dilakukan kegiatan tersebut	7		
	3. Menanyakan apakah klien sudah tahu bagaimana melakukan kegiatan tersebut	5		
	4. Menjelaskan cara melaksanakan kegiatan tersebut	8		
	5. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan	10		
	6. Mendiskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah	5		
	7. Memberikan reinforcement positif	7		
	Mengucapkan Hamdalah bersama-sama klien	2		
C.	FASE TERMINASI			
	1. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan :			
	a. Evaluasi subyektif	2		
	b. Evaluasi obyektif	2		
	2. Melakukan rencana tindak lanjut (tulis dalam kegiatan harian klien)	5		
	3. Melakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya :			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
D	SIKAP TERAPEUTIK			
	1. Berhadapan dan mempertahankan kontak mata	2		
	2. Membungkuk ke arah klien dengan sikap terbuka dan rileks	2		
	3. Mempertahankan jarak terapeutik	2		
E	TEHNIK KOMUNIKASI			
	1. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti	2		
	2. Menggunakan teknik komunikasi yang tepat	2		
	JUMLAH	100		
Keterangan :			Observer,	
TIDAK : Tidak dilakukan				
YA : Dilakukan dengan sempurna				
Standar kelulusan nilai 75			(.....)	

LAMPIRAN 5 tools sp 4

 UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP FAKULTAS ILMU KESEHATAN LABORATORIUM KEPERAWATAN Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223				
NAMA MAHASISWA :				
NIM :				
GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH				
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN (SP) IV				
MENJELASKAN CARA PATUH MINUM OBAT				
NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE ORIENTASI			
	1. Memberikan salam terapeutik dan berkenalan			
	a. Memberikan salam	2		
	b. Mengingat nama perawat dan klien	2		
	c. Memanggil nama panggilan yang disukai klien	2		
	d. Menyampaikan tujuan interaksi	2		
	2. Melakukan evaluasi dan validasi data			
	a. Menanyakan perasaan klien hari ini	2		
	b. Memvalidasi dan mengevaluasi masalah klien	5		
	3. Melakukan kontrak			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
B.	FASE KERJA			
	Mengucapkan Basmallah bersama-sama klien	2		
	1. Menanyakan apakah klien tahu nama obat yang diminumnya	2		
	2. Menjelaskan nama dan warna obat yang diminum klien	5		
	3. Menjelaskan dosis & frekuensi minum obat	4		
	4. Mendiskusikan indikasi atau manfaat minum obat	8		
	5. Mendiskusikan kerugian bila berhenti minum obat	4		
	6. Menjelaskan prinsip benar minum obat (nama, obat, dosis, cara, waktu)	9		
	7. Menjelaskan efek samping obat yang perlu diperhatikan dan implikasinya	8		
	8. Mengajarkan klien meminta obat dan minum obat tepat waktu	3		
	9. Mengajarkan klien untuk melapor pada perawat/dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan	3		
	10. Memberikan reinforcement	4		
	Mengucapkan Hamdalah bersama-sama klien	2		
C.	FASE TERMINASI			
	1. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan :			
	a. Evaluasi subyektif	2		
	b. Evaluasi obyektif	2		
	2. Melakukan rencana tindak lanjut (tulis dalam kegiatan harian klien)	5		
	3. Melakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya :			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
D	SIKAP TERAPEUTIK			
	1. Berhadapan dan mempertahankan kontak mata	2		
	2. Membungkuk ke arah klien dengan sikap terbuka dan rileks	2		
	3. Mempertahankan jarak terapeutik	2		
E	TEHNIK KOMUNIKASI			
	1. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti	2		
	2. Menggunakan teknik komunikasi yang tepat	2		
	JUMLAH	100		
Keterangan :		Observer,		
TIDAK	: Tidak dilakukan			
YA	: Dilakukan dengan sempurna			
Standar kelulusan nilai 75		(.....)		

LAMPIRAN 6 lembar konsultasi

Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	20-05-2025	• Nomor halaman pada halaman BAB di bawah terapan • Bab I uraian terapan general (Sg 1 - 1)	
2	21-05-2025	Uraian manfaat Sg 1-Sg 4 sebelum alinea terakhir (manfaat terapan general Sg 1-4)	
3	22-05-2025	Terapan generalis : Cukup diuraikan manfaat yg didukung hasil penelitian	
4.	22-05-2025	Lanjutan ke BAB II	



Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
5	27-05-2015	BAB II } Cara tata tulis BAB III } Hindawi Copy paste } tulisan preposisi Daftar pustaka : untuk dilengkapi Untuk Abjad Senawa yang diikutip harus ada di Daftar pustaka	2
6	29-05-2015	Acc Signman Ujir an	2

Lampiran 8.

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	29/6/2021	Fakta Propertinya apa? Untuk diteliti dengan tepat	A.
2	25/6/25	Pembahasan akan dipertajam dengan menambuhkan beberapa sumber dan hasil studi kasus	A.
3	28/6/25	Pembahasan: Tambahkan jurnal yang mendukung aspek yang diteliti	
4	30/6/25	Dokumen sumber akan diperbaiki. Lengkapi dengan lebaran pustakawan	A.
5	30/6/25	Acc. Siripka Uti'a	A.



LAMPIRAN 7 askep



IMPLEMENTASI TERAPI GENERALIS (SP1-4)
PADA PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN
KONSEP DIRI HARGA DIRI RENDAH DI WILAYAH PUSKESMAS
CILACAP UTARA II

Seming : Rumah klien
 Puskesmas : wilayah Puskesmas Cilacap Utara II
 Tanggal Penulisan : 17 Juni 2025

A. Penulisan

1) Identitas

Nama : Tn. K
 Umur : 48 tahun
 Status Pernikahan : Belum menikah
 Agama : Islam
 Pekerjaan : tidak bekerja
 suku / bangsa : Indonesia
 Alamat : Jl. Muhtarid Rt. 002 / Rw. 001 Karangtengah

Informasi

Nama : Tn. K
 Umur : 70 tahun
 Pekerjaan : Buruh
 Pekerjaan : keluarga
 Alamat : Jl. Muhtarid Rt. 002 / Rw. 001 Karangtengah

ii) Keluhan utama

klien merasa malu dan merasa apat karena sudah jadi menikah, klien ingin menikah dengan wanita yang dididarkan, klien merasa dengan keluarga wanita karena sudah menikah.

iii) Faktor Predisposisi

1.) Biologi

a. Riwayat kesehatan sebelumnya

klien mengatakan pernah masuk RSJ karena ada luka di kepala dan tidak ada keluhan lainnya.

b. Genetik

tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

2.) Psikososial

a. Persepsi dan nilai yang sudah menanamkan

klien mengatakan apat menikah, kemudian mengampatkan dengan mengkalikan miras dan hapza.

SiDU

	Klien ke rumah sakit sering berulang.
1.) Status emosi	
a) Alam perasaan	Pada saat pengkajian ekspresi wajah klien tampak sedih, wajah klien tampak datar dan gelisah.
2.) Persepsi	Klien tidak mengalami halusinasi, ilusi, dan depersonalisasi.
3.) Proses pikir	
a) Bentuk pikir	Ketika ditanya klien menjawab pada sesuai.
b.) Arus pikir	Ketika ditanyakan klien tidak menjawab pertanyaan yang telah ditanya.
c.) Isi pikir	Klien merasa malu pada saat bertemu dengan orang lain.
d.) Wawasan	Klien tidak ada insidasi waham.
4.) Tension dan kontrol	
1.) tingkat kesadaran	Klien ketika di wawancara tampak mengantuk, tidak mengalami disorientasi waktu, tempat dan orang.
2.) Tingkat konsentrasi dan berhitung	Konsentrasi klien mudah beralih dan klien mampu menjawab soal dengan hitungan sederhana.
3.) Inisiatif	Klien menerima soal yang diberikan.
4.) Perambatan kerutuhan	Dalam pengamatan kerutuhan klien dibantu oleh orang tua.
5.) Mekanisme coping	Ketika ada masalah klien lebih sering memendam sendiri.
6.) Masalah psikososial dan lingkungan	Klien tidak memiliki masalah dengan keluarga dan lingkungannya.
7.) Kurang pengetahuan	Klien tidak mengetahui tentang operasi jiwa dan penyakit yang diderita.
8.) Aspek medik	
1.) Diagnosa medik	: Skizofrenia
2.) Terapi medik	: Risperidone 2 mg 4x sehari 1 tablet.
3.) Riwayat alergi	: Tidak ada riwayat alergi
4.) Riwayat pengobatan obat	: Klien mengatakan belum minum obat yang diresepkan oleh dokter.

SIDU

6. Riwayat perkembangan

Tidak ada riwayat perkembangan

iv.) faktor precipitasi

- 1.) Peristiwa yang baru dialami dalam waktu dekat
- Ridu atau peristiwa yang dialami dalam waktu dekat
- 2.) Perubahan aktivitas hidup sehari-hari
- Ibu pasien merupakan malak muslim tidak mau bekerja
- 3.) Perubahan fisik
- Tidak ada perubahan fisik
- 4.) Lingkungan rumah sakit
- Alasan klien mengatakan sering meminta bantuan pada klien untuk membantu sudah beberapa rumah, namun klien membantu karena kurang kepercayaan kemampuan dirinya, dan sering mencemooh hasil kerjanya.

v.) sosial - kultural - spiritual.

- 1.) konsep diri
- Citra tubuh :
- Klien mengatakan perasaannya senang dengan tubuh yang dimilikinya. Klien juga menyukai semua bagian tubuhnya
- Identitas :
- Klien mengatakan namanya Ta K. seorang laki-laki, beragama islam, alamat Jl. Nusantara Rt. 02 / Rw. 001.
- Peran :
- Klien berperan sebagai anak.
- Ideal diri :
- Klien ingin cepat sembuh dari penyakitnya dan membantu orang tua bekerja.
- Harga diri :
- Klien mengatakan malu dan tidak percaya diri, minder dan karena itu jadi bahan omongan tetangganya karena belum menikah.

2.) Hubungan sosial

- a.) Orang terdekat
- Klien dekat dengan ibunya, tetapi jika ada masalah klien tidak mau cerita dengan ibunya.
- b.) Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat
- Klien tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat.
- c.) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain
- Klien susah diajak komunikasi dengan orang lain karena merasa malu.

vi.) status mental

- 1.) Deskripsi umum
- Klien bersikap menunduk, kontak mata kurang, susah diajak komunikasi.

	b. Riwayat pemahaman
	Tidak ada riwayat pemahaman
iv.) Faktor persepsi	1.) Peristiwa yang baru dialami dalam waktu dekat
	Tidak ada peristiwa yang dialami dalam waktu dekat
2.) Perubahan aktivitas hidup sehari-hari	Ibu pasien mendapatkan malak malukan tidak mau bekerja
3.) Perubahan fisik	Tidak ada perubahan fisik
4.) Lingkungan rumah sakit	Alasan klien mendapatkan sering meminta bantuan pada klien untuk membantu
	suatu pekerjaan rumah, namun klien membantah karena kurang berpengalaman
	kemampuan dirinya dan sering mencemooh hasil kerjanya.
v.) Sosial - kultural - spiritual	1.) konsep diri
	Citra tubuh :
	Klien mengatakan perasaannya senang dengan tubuh yang dimilikinya. Klien
	juga menyukai semua bagian tubuhnya
	Identitas :
	Klien mengatakan namanya Tn K. seorang laki-laki, beragama Islam,
	alamat Jl. Nusantara Rt 02 / Rw 001.
	Pecah :
	Klien berperan sebagai anak.
	Ideal diri :
	Klien ingin cepat sembuh dari penyakitnya dan membantu orang tua bekerja.
	Harga diri :
	Klien mengatakan malu dan tidak percaya diri, merasa diri karena telah
	jadi bukan orang yang terampil karena belum menikah.
2.) Hubungan sosial	a.) Orang terdekat
	Klien dekat dengan ibunya, tetapi jika ada masalah klien tidak mau
	bertukar dengan ibunya.
	b.) Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat
	Klien tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat.
	c.) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain
	Klien susah diajak komunikasi dengan orang lain karena merasa malu.
vi.) Status mental	1.) Deskripsi umum
	Klien bersikap menunduk, kadang mata tertutup, susah diajak komunikasi.



5- Intervensi

No.	Da. Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Gangguan konsep diri:	Tujuan umum (rum)	Strategi perawatan (SP) 1 yaitu
	Harga diri rendah	Klien dapat mempertahankan	mendefinisikan kemampuan melakukan kegiatan
	Keterampilan diri		aspek positif, memahami benar memilih kegiatan
			yang dapat dilakukan dan ini untuk di bina, membuat
		Tujuan khusus (rum)	kegiatan yang di bina, motivasi pada jadwal
		Tuk 1 : klien dapat menerima	kegiatan untuk latihan harian.
		kepercayaan dirinya pribadi.	
			Strategi perawatan (SP) 4 yaitu pengaplikasian
		Tuk 2 : klien dapat mengidentifikasi	kegiatan yang penting dan kegiatan positif, memahami
		aspek positif dan kemampuan yang	klien memiliki kegiatan hidup, membuat kegiatan hidup.
		dimiliki.	menentukan pada jadwal kegiatan harian klien.
		Tuk 3 : klien dapat menerima	Strategi perawatan (SP) 5, mengevaluasi
		kepercayaan yang dapat digunakan	kegiatan penting dan jadwal kegiatan harian
			positif, memahami benar pelaksanaan kegiatan tetap.
			menentukan pada jadwal kegiatan harian
		Tuk 4 : klien dapat melaksanakan	
		dan melaksanakan kegiatan hidup	Strategi perawatan (SP) 4, mengupayakan
		dengan kemampuan yang dimiliki.	kegiatan penting, jadwal dan tetap.
			memahami klien melakukan kegiatan
		Tuk 5 : klien dapat melaksanakan	yang ke empat yaitu family minium
		kegiatan sesuai kondisi dan	usia, dan kegiatan ke empat,
		kepercayaan.	menentukan pada jadwal kegiatan
			harian klien.
		Tuk 6 : klien dapat melaksanakan	
		kegiatan pendukung yang ada.	

SiDU

Implementasi dan evaluasi					
No	Tgl / Jam	Daerah/Kelurahan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Rabu 17/6 ²³ 10-00	Kecamatan Bendah.	SF 1 : - Menanyakan aspek perilaku yang dimiliki klien. - mengidentifikasi kekuatan perilaku yang bisa dilanjutkan di rumah klien. - Melatih klien melakukan kegiatan sehari-hari (memasak). - Menanyakan klien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.	S : klien melakukan basic mencuci, mencuci piring, dan mencuci makanan. O : klien menyebutkan aspek perilaku yang dimiliki. - Klien mampu memasak. A : SF 1 tercapai. P : Klien : mau makan klien untuk memasukkan dalam jadwal harian. Pemerik : - Evaluasi SF 1 - Latih klien SF 2 (mencuci piring).	CP
2.	Rabu 18/6 ²³ 10-00		SF 2 : - Menanyakan SF 1, yang dilakukan sendiri. - Melatih klien melakukan kegiatan SF 2 (mencuci piring). - masukkan dalam jadwal kegiatan.	S : klien melakukan mau untuk mencuci bahan mencuci piring. O : klien mampu bisa mencuci piring. Sesuatu yang dikerjakan. A : SF 2 tercapai. P : Klien : mau makan klien untuk mencuci piring sehari-hari & nasi. - mau makan klien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan. Pemerik : - Evaluasi SF 1 dan SF 2 - Latih klien SF 3 (memasak makanan).	CP



No.	Waktu / ml jam	Daerah Ketersediaan	Implementasi	Excludit	Pass
3.	Kamir 10/6 10.00		SP 3 : - Memeriksa SP 1 dan 2 - Mengisi kembali dam - Periksa (menyikat) koran. - Periksa kembali koran koran.	S : Klien memeriksa ream untuk memeriksa kembali menyikat koran. D : Klien lanjut ke menyikat koran kembali agar disikat A : SP 3 tercapai. P : Klien memeriksa koran untuk menyikat koran Ream waktu 10.00 hari. Ream : Excludit SP 1, SP 2, dan SP 3. - lanjut SP 4 (Pilih minum air).	OK
4.	Jumal 10/6 11.00		SP 4 : - Memeriksa SP 1, SP 2, SP 3 dan berikan puyer. - Memeriksa ream, waktu, dan koran, serta kembali dan berikan minum obat.	S : Klien memeriksa ream menyikat ream, waktu, dan koran dan berikan obat berikan minum obat D : Klien lanjut memeriksa dan lanjut ke koran obat. A : SP 4 tercapai. P : Klien memeriksa koran untuk kembali minum obat Ream : Excludit SP 1, SP 2, SP 3, dan SP 4.	OK

SiDU

LAMPIRAN 8 surat persetujuan pasien

Lampiran 1 *Informed Consent***SURAT PERSETUJUAN PASIEN
(INFORMED CONCENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Kuntoro

Umur : 48

Agama : Islam

Pekerjaan : Buruh

Alamat : Jl. Kusnanto Rt. 02 Rw. 01

sebagai pasien atau wali pasien, bersedia untuk menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk karya tulis ilmiah (KTI) mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap a.n :

Nama Mahasiswa : Ivan Anton Prasetyo

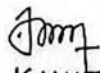
NIM : 106122031

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus ini, akan dijaga kerahasiaan oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, 18 Juni 2024

Yang bersangkutan


(KUNTORO)

Nama pasien / wali pasien