

L A M P I R A N



Lampiran 1.1 Format Asuhan Keperawatan Jiwa

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWASetting : ☐ Rumah Sakit☐ Masyarakat

Ruangan :

Puskesmas :

No. RM :

No. Register :

Tanggal : Pukul : WIB
 Pengkajian

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

.....

Diagnosa Gangguan :

- Perilaku Kekerasan
- Resiko Perilaku kekerasan
- Resiko bunuh diri
- Halusinasi

III. FAKTOR PREDISPOSISI

Biologik

a. Riwayat kesehatan sebelumnya

.....

b. Genetik

Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ☐ Ya ☐ Tidak

Hubungan keluarga	Gejala	Riwayat pengobatan/perawatan
.....		
.....		

Psikososial

a. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

.....

.....

.....

Diagnosa Gangguan :

- Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif : individu
- Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif : keluarga
-

b. Riwayat penganiayaan

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

Jelaskan:

.....

Diagnosa Gangguan :

- Mencederai diri
- Sindroma pascatrauma
-

c. Genogram

Diagnosa Gangguan :

- Koping keluarga yang tidak efektif
- Inefektif penatalaksanaan regimen terapeutik
-

Pengambilan keputusan :

Pola komunikasi :

IV. FAKTOR

PRESIPITASI

1. Peristiwa yang baru dialami dalam waktu dekat

.....

.....

2. Perubahan aktivitas hidup sehari-hari

.....

.....

3. Perubahan fisik

.....

Diagnosa Gangguan :

- Resiko bunuh diri
- Resiko PK
- HDR
-

4. Lingkungan penuh kritik

V. FISIK

Tanda Vital TD : N : S : P :

Ukur TB : BB :

☐ Turun ☐ NaikKeluhan Fisik ☐ Ya ☐ Tidak

:

Jelaskan :

Diagnosa Keperawatan :

Diagnosa Fisik :

- Gangguan pemenuhan nutrisi: kurang/lebih
- Gangguan oksigenasi : ventilasi
- Gangguan keseimbangan cairan
- Gangguan rasa nyaman : nyeri
- Gangguan integritas kulit
- Cemas / panik
- Resiko tinggi cedera
-

VI. SOSIAL-KULTURAL-SPIRITUAL

Konsep diri :

Citra tubuh :

Identitas :

Peran :

Ideal diri :

Harga diri :

Hubungan sosial

Orang terdekat :

Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Spiritual :

Nilai dan keyakinan

Kegiatan ibadah

Pengaruh spritual terhadap koping individu

Diagnosa Gangguan :

- Harga diri rendah kronis
- Diagnosa Psikososial :
- Gangguan citra tubuh
- Gangguan penyesuaian
- Harga diri rendah situasional
-

Diagnosa Gangguan :

- Isolasi sosial
- Diagnosa Psikososial :
- Harga diri rendah situasional
-

Diagnosa Gangguan :

- Distress spiritual
- Risiko distress spiritual
- Mekanisme koping individu tidak efektif
-

VII. STATUS MENTAL

1. Deskripsi Umum

Penampilan

Cara berpakaian

- ☐ Tidak rapi ☐ Tidak seperti biasanya
☐ Penggunaan pakaian tidak sesuai

Jelaskan

Diagnosa Gangguan :

- Kurang perawatan diri : berpakaian/berhias
-

Cara berjalan dan sikap tubuh :

Jelaskan

Kebersihan :

Jelaskan

Ekspresi wajah dan kontak mata :

Jelaskan

Pembicaraan

- Frekuensi : ☐ Cepat ☐ Lambat
Volume : ☐ Keras ☐ Lembut
Karakteristik: ☐ Gagap ☐ Inkoherensi ☐ Ekolalia
Jumlah : ☐ ☐ Bicara berlebihan
Membisu

Jelaskan :

Diagnosa Gangguan :

- Isolasi sosial
- Perilaku kekerasan
- Kerusakan komunikasi verbal
-

c. Aktivitas motorik

Tingkat aktivitas

- :
☐ Letargik ☐ Gelisah ☐ Agitasi ☐ Tegang

Jenis aktivitas

- :
☐ Grimacen ☐ Tremor ☐ Tic

Isyarat tubuh

- :
☐ Kompulsif ☐ Manirisme ☐ Kataton

Diagnosa Gangguan :

- Isolasi sosial
 - Perilaku kekerasan
- Diagnosa Psikososial :
- Ansietas
 -

Interaksi selama wawancara :

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

Jelaskan :

2. 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:

Diagnosa Gangguan :

- Resiko bunuh diri
- Perilaku kekerasan
- Berduka antisipasi
- Berduka disfungsional
- Sindroma paska trauma

Diagnosa Psikososial :

- Ansietas
-

b. Afek

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

Jelaskan :

Diagnosa Gangguan :

- Isolasi sosial
- Berduka disfungsional
- Keputusan
-

3. Persepsi

Halusinasi

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Pendengaran | ☐ Penglihatan | ☐ Penciuman |
| ☐ Pengecapan | ☐ Perabaan | |

Jelaskan :

Diagnosa Gangguan :

- Gangguan sensori persepsi :
halusinasi
-

b. Ilusi

Jelaskan :

c. Depersonalisasi

Jelaskan :

d. Derealisasi

Jelaskan :

4. Proses Pikir

a. Bentuk pikir

- | | | |
|---|----------------------------------|---|
| ☐ Dereisme/dereistik | ☐ Otistik | ☐ Non
realistik |
|---|----------------------------------|---|

Jelaskan :

b. Arus pikir

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Flight
ideas | of ☐ 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

Diagnosa Gangguan :

- Gangguan proses pikir
- Kebingungan kronik
- Kerusakan komunikasi
-

Waham

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

Jelaskan :

5. 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 :

Diagnosa Gangguan :

- Kurang perawatan diri : makan
-

BAB/BAK

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

Diagnosa Gangguan :

- Kurang perawatan diri : toileting
-

Mandi

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

Diagnosa Gangguan :

- Kurang perawatan diri : mandi/hygiene
-

Berpakaian / berhias

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

Diagnosa Gangguan :

- Kurang perawatan diri: berpakaian/ berhias
-

Istirahat dan tidur

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

Diagnosa Psikososial :

- Gangguan pola tidur
-

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 :

Diagnosa Psikososial :

- Koping keluarga melemah
-

Aktifitas didalam rumah

Ya Tidak

Mempersiapkan makanan ☐ ☐

Menjaga kerapian rumah ☐ ☐

Mencuci pakaian ☐ ☐

Pengatur keuangan ☐ ☐

Jelaskan :

.....

Aktifitas diluar rumah

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

Jelaskan :

.....

IX. MEKANISME KOPING

Adatif	Maladatif
☐ Bicara dengan orang lain	☐ Minum alkohol
☐ Mampu menyelesaikan masalah	☐ Reaksi formasi
☐ Lambat/berlebihan	☐ Teknik relokasi
☐ Mencederai diri	☐ Bekerja berlebihan
☐ Aktifitas kontruksi	☐ Menghindar
☐ Olah raga ☐ Lainnya	☐ 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	☐ Sistem pendukung
☐ Faktor presipitasi	☐ Penyakit fisik
☐ Koping	☐ Obat-obatan
☐ Obat-obatan	

Diagnosa keperawatan :

.....

XII. ASPEK MEDIK

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

Lampiran 1.2 SOP SP 1 Harga Diri Rendah



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 (tuliskan 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 (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 teknik komunikasi yang tepat	2		
	JUMLAH	100		

Observer

(.....)

Lampiran 1.3 SOP SP 2 Harga Diri Rendah



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. Mengingat 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		

Observer

(.....)

Lampiran 1.4 SOP SP 3 Harga Diri Rendah



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. Mengingat 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		

Observer

(.....)

Lampiran 1.5 SOP SP 4 Harga Diri Rendah



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 & frekwensi 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. Mengajukan klien meminta obat dan minum obat tepat waktu	3		
	9. Mengajukan 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		

Observer

(.....)

Lampiran 1.6 Asuhan Keperawatan



A. Pengkajian

1. Identitas

Nama	: Ny. S
Umur	: 60 Tahun
Status perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Pendidikan	: SMA
Suku / Bangsa	: Jawa
Alamat	: Jl. Salam Rt 02 / 06

Informan

Nama	: Tn. S
Umur	: 60 Tahun
Pekerjaan	: Wiraswasta
Hubungan dengan klien	: Suami
Tinggal serumah dengan klien	: Ya
Alamat	: Jl. Salam Rt 02 / 06

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan merasa malu dengan kondisinya yang ringkih, sehingga enggan untuk berbaur atau berkumpul dengan tetangga. Klien juga mengungkapkan rasa tidak nyaman setiap kali harus berdiri atau duduk karena merasa kesulitan dan khawatir merepotkan orang lain. Hal tersebut membuat klien memilih untuk menghindari kegiatan sosial di lingkungan rumahnya.

3. Faktor Predisposisi

a. Biologis

- 1) Riwayat kesehatan sebelumnya: Klien mengatakan pernah dirawat di bangsal jiwa RSUD Banyumas selama 1 Minggu pada 3 tahun yang lalu.
- 2) Genetik: Klien mengatakan tidak ada anggota yang mengalami gangguan jiwa

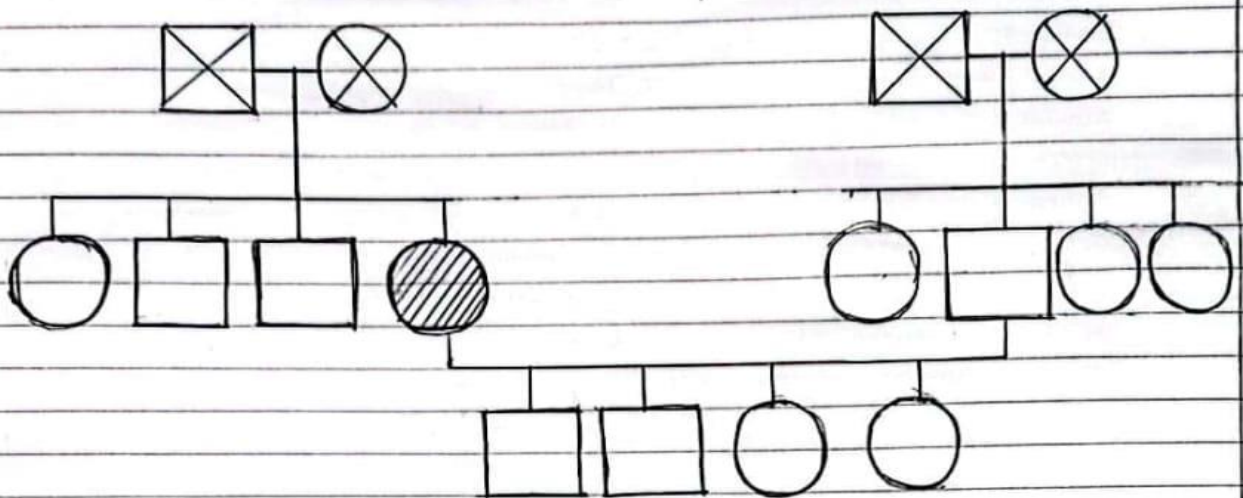
b. Psikososial

- 1) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan: Klien mengatakan sebelum dirawat di RSUD Banyumas klien seperti orang linglung, bingung.
- 2) Riwayat penganiayaan: Klien mengatakan tidak pernah ada riwayat penganiayaan sebelumnya baik secara fisik, kekerasan, maupun kriminal.

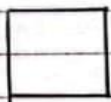


c. Riwayat penyakit keluarga : Klien mengatakan tidak ada riwayat Penyakit keluarga

d. Genogram



Keterangan :



: Laki - laki



: Garis perkawinan



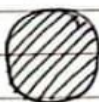
: Perempuan



: Garis keturunan



: Meninggal



: Klien

4. Faktor Presipitasi

Klien mengatakan merasa malu karena kondisi fisiknya yang semakin lemah, terutama saat harus berdiri setelah duduk. Klien juga menyampaikan bahwa ia khawatir merepotkan orang lain dan merasa tidak nyaman jika harus berkumpul dengan tetangga. Hal ini menyebabkan klien lebih memilih untuk enggan terlibat dalam kegiatan sosial sehingga memengaruhi pandangan terhadap diri sendiri dan menurunkan rasa percaya dirinya.

5. Sosial - Kultural - Spiritual

a. Konsep Diri

- 1) Gambaran diri : Klien mengatakan tidak suka dengan kakinya karena ringkih dan lemah sehingga membuat klien cepat lelah.
- 2) Identitas diri : Klien mengatakan sadar bahwa dirinya seorang perempuan yang bernama Ny.S, umurnya 60 Tahun, beragama Islam dan sebagai Ibu Rumah tangga. Klien merasa malu karena kondisinya yang ringkih, hal ini membuat klien memandang dirinya sebagai pribadi yang lemah.
- 3) Peran : Klien mengatakan bahwa ia sebelumnya menjalankan peran sebagai ibu rumah tangga yang aktif dalam lingkungan sosial dan keluarga. Namun, saat ini klien merasa tidak mampu menjalankan peran tersebut dengan optimal karena kondisi fisiknya, sehingga memilih untuk tidak terlibat dalam kegiatan bersama tetangga.
- 4) Ideal diri : Klien mengatakan bahwa ia ingin menjadi pribadi yang sehat dan mandiri kembali seperti dulu. Ia berharap bisa kembali beraktivitas tanpa harus merasa malu atau takut merepotkan orang lain.
- 5) Harga diri : Klien mengatakan merasa malu terhadap dirinya sendiri karena keterbatasan fisik yang ia alami. Ia juga mengatakan tidak enak hati jika harus bergantung pada orang lain, dan merasa kurang percaya diri saat harus berada di tengah orang banyak. Hal ini menunjukkan penurunan harga diri pada klien.

b. Hubungan Sosial

- 1) Orang terdekat : Orang terdekat klien saat ini adalah suaminya.
- 2) Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat : Klien mengatakan sudah jarang mengikuti kegiatan lingkungan karena merasa malu dengan kondisinya dan takut merepotkan orang lain.
- 3) Hambatan dalam hubungan dengan orang lain : Klien merasa kurang percaya diri saat berinteraksi karena kondisi fisiknya yang lemah dan khawatir menjadi beban bagi orang lain.

c. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan : Klien mengatakan beragama Islam dan yakin akan adanya kuasa Allah SWT.
- 2) Kegiatan ibadah : Klien mengatakan rajin dalam beribadah 5 waktu.
- 3) Pengaruh spiritual terhadap coping individu : Klien mengatakan bersyukur dengan apa yang telah diberikan sang pencipta.

G. Status Mental

a. Deskripsi umum

1) Penampilan

- a) cara berpenampilan : klien berpenampilan biasa seperti Ibu Rumah Tangga pada umumnya memakai daster dan kerudung
- b) cara berjalan dan sikap tubuh : cara berjalan klien pelan dan menunduk
- c) Kebersihan : Kebersihan klien cukup baik, klien mengatakan mandi setiap hari setelah bangun pagi menggunakan air bersih dan sabun.
- d) Ekspresi wajah dan kontak mata : ketika berkomunikasi ekspresi wajah pasien datar dan jarang ada kontak mata.

2) Pembicaraan : ketika berkomunikasi klien berbicara dengan frekuensi lambat

3) Aktivitas motorik : Pada saat melakukan komunikasi, tingkat aktivitas klien laterjik (lemah), kontak mata kurang

b. Status Emosi

1) Alam perasaan : Klien tampak sedih dan merasa malu dengan kondisi fisiknya. Klien mengatakan kurang percaya diri dan khawatir merepotkan orang lain pada saat berinteraksi dengan sekitar.

2) Afek : Saat diajak berkomunikasi ekspresi wajah klien datar, sesekali tersenyum

c. Interaksi selama wawancara : Selama wawancara interaksi kontak mata klien kurang

d. Proses pikir

1) Bentuk pikir : Klien berfikir realistis dan sesuai realita

2) Arus pikir : Arus pikir klien logis (sesuai dengan logika) yang ada pada kondisi klien saat itu.

3) Isi pikir : Klien mengatakan sering merasa malu, tidak percaya diri, dan takut merepotkan orang lain.

4) Waham : Klien mengatakan tidak mengalami proses pikir terkait dengan waham.

e. Sensori dan kognitif

1) Tingkat kesadaran : Klien sadar penuh (compos mentis), mampu mengenal waktu, tempat, dan orang dengan baik

2) Daya ingat : Daya ingat klien masih bagus, masih bisa mengingat nama, umur, dan juga keluarga - keluarganya.

3) Tingkat konsentrasi dan berhitung : Tingkat konsentrasi klien baik, klien masih berkonsentrasi ketika diminta berhitung.

4) Insight : Klien mengatakan menerima kondisinya sekarang

5) Pengambilan keputusan : Klien bisa membuat keputusan sendiri



7. Mekanisme coping

- Adaptif : Klien mengatakan jika ada masalah klien mencari takannya kepada suaminya.
- Maladaptif : Klien mengatakan jika ada masalah yang tidak ingin dia ceritakan kepada orang lain maka klien hanya berdiam diri di kamar.

8. Kurangnya pengetahuan : Klien mengatakan belum mengerti tentang obat - obatan yang diminum saat ini

9. Aspek Medis

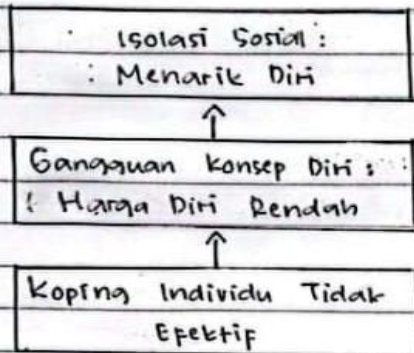
- Diagnosa Medis : Skizofrenia.
- Terapi Medis : Chlorpromazine 100 Mg 1x1
Risperidone 2 Mg 1x1
Clobazam 10 Mg 1x1
Sertraline 50 Mg 1x1
Trihexyphenidyl 2 Mg 2x1
- Riwayat Alergi : Klien mengatakan tidak ada riwayat alergi.
- Riwayat penggunaan obat : Klien mengatakan hanya minum obat - obatan yang diresepkan oleh dokter selama kontrol rutin.

B. Analisis Data

Data	Problem	Etiologi
Data subjektif : Klien mengatakan merasa malu dengan kondisinya karena ringkih, kesulitan berdiri setelah duduk. Klien juga menyampaikan khawatir merepotkan orang lain dan tidak percaya diri jika harus berkumpul dengan tetangga	Harga Diri Rendah	Kurangnya Pengakuan dari orang lain.
Data objektif : Klien tampak sedih, kontak mata kurang. Postur tubuh cenderung menunduk dan jarang tersenyum. Klien tampak ragu - ragu saat diajak berbicara, sering menghindari topik tentang dirinya, dan menunjukkan ekspresi tidak nyaman saat membahas kondisi fisik		



C. Pohon Masalah



C. Diagnosa Keperawatan

Harga Diri Rendah Kronis

E. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Strategi Pelaksana
Harga Diri Rendah Kronis	Tujuan Umum: Meningkatkan harga diri klien, membangun kepercayaan diri dan mengembangkan potensi yang dimiliki agar klien merasa lebih berguna	Klien mampu meningkatkan harga diri. ny dengan kriteria hasil: 1. Klien mampu membangun hubungan saling percaya, menyebutkan aspek positif yang dimilikinya, menilai kegiatan yang akan dilakukan, melakukan kegiatan yang dipilih dan membuat jadwal harian	SP 1 Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi nilai-nilai positif yang dimiliki klien, menilai kemampuan yang dapat dilakukan di rumah, membimbing menyusun kegiatan harian dan melatih melaksanakan satu kegiatan
	Tujuan Khusus: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya	2. Klien mampu melakukan kegiatan harian kedua dengan memasukkan dalam jadwal kegiatan.	SP 2 Membimbing klien melakukan kegiatan harian kedua
	2. Klien mampu mempertahankan aspek positif dan kemampuan yang dimilikinya 3. Klien dapat menilai kemampuan yang	2. Klien mampu melakukan kegiatan harian kedua dengan memasukkan dalam jadwal kegiatan.	SP 3 Membimbing klien melakukan kegiatan harian ketiga



		dimilikinya	3. Klien mampu	Sp 4
		4. Klien dapat merencanakan dan menetapkan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki	melakukan kegiatan harian ketiga dan memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian	Mengelaskan cara Patuh minum obat
		5. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi dan kemampuannya.	4. Klien mampu menjelaskan cara patuh minum obat	
		6. Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada.		

7. Implementasi dan Evaluasi

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Pang
Selasa 17/04/25 09.00	Harga Diri Rendah kronis	Sp 1 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengidentifikasi nilai-nilai positif yang dimiliki klien 3. Menilai kemampuan yang dapat dilakukan di rumah 4. Membimbing menyusun kegiatan harian 5. Melatih melaksanakan satu kegiatan	5: Klien mengatakan namanya Ny. S, Klien mengatakan merasa malu karena kondisinya yang ringkih, kesulitan berdiskusi setelah duduk. Klien juga menyampaikan khawatir merepotkan orang lain dan tidak percaya diri jika harus bertukar dengan tetangga. 0: Klien tampak sedih, kontak mata kurang, postur tubuh cenderung menunduk dan jarang tersenyum. Klien tampak ragu-ragu saat diajak berbicara, sering	Pang 5F

			menghindari topik tentang di- rtua, klien tampak bisa .. melakukan kegiatan yang pertama yaitu melipat baju, klien membuat jadwal kegiatan harian A: Sp 1 tercapai lanjut Sp 2 P: 1. Klien : Anjurkan klien me- lakukan kegiatan harian sesuai jadwal yang sudah dibuat 2. Perawat : Evaluasi Sp 1 dan beri pujian atas apa yang sudah dilakukan, melanjut- kan Sp 2 3. Keluarga : Memotivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai jadwal.	
Rabu	Haraga Dini	Sp 2	5: Klien mengatakan kegiatan selanjutnya yaitu memasak, klien mengatakan tau cara memasak, Klien mengatakan senang O: Ekspresi klien tampak datar, seseekali tersenyum, Klien tam- pak bisa dan tau cara memasak sup, Klien tampak mencicipi sup buatanya, Klien menuliskan kedalam jadwal harian A: Sp 2 tercapai lanjut Sp 3 P: 1. Klien : Anjurkan klien me- lakukan kegiatan harian sesuai jadwal yang dibuat	Paul SF
18/06/25	Rendah	1. Mengevaluasi Sp 1 2. Membimbing klien melakukan kegiatan harian kedua.		
10.00	Kronis			



			2. Keluarga : Memotivasi klien agar melakukan jadwal harian yang telah dibuat	
			3. Perawat : Evaluasi Sp 2 dan beri pujian pada klien atas kegiatan yang sudah dilaku- kan, Melanjutkan Sp 3	
Kamis	Harga Diri	Sp 3	5:	
19/06/25	Rendah	1. Mengevaluasi Sp 1 dan 2	Klien mengatakan kegiatan harian	Rafael Sf
10.00	Kronis	2. Membimbing klien me- lakukan kegiatan selan- jutnya.	Selanjutnya adalah menyapu, Klien mengatakan tau cara menyapu, Klien mengatakan senang melihat rumah bersih, Klien mengatakan akan memasuk- kan ke jadwal harian	
			0:	
			Klien tampak senang dan tersenyum Klien tampak paham cara menyapu dengan bersih, Klien menuliskan kedalam jadwal kegiatan harian	
			A:	
			Sp 3 tercapai lanjut Sp 4	
			P:	
			1. Klien: Anjurkan klien melaku- kan kegiatan harian sesuai jadwal yang dibuat	
			2. Keluarga: Memotivasi klien untuk selalu melakukan kegiatan harian sesuai jadwal yang dibuat.	
			3. Perawat: Evaluasi Sp 3, beri pujian atas kegi- atan yang sudah di- lakukan klien, lanjutkan Sp 4.	



Kamis	Harga diri	Sp 4	S:
19/06/25	Rendah	1. Evaluasi Sp 1,2,3	Klien mengatakan belum paham
10.30	kronis	2. Menjelaskan cara patuh minum obat	tentang obat-obatan yang diminumnya, setelah dijelaskan klien mengatakan paham dan bisa menyebutkan nama obat beserta fungsinya, klien mengatakan akan patuh minum obat setiap hari
			O:
			Klien tampak memahami apa yang sudah dijelaskan, klien tampak menyebutkan nama obat dan fungsinya secara baik dan tenang, klien tampak senang
			A:
			Sp 4 tercapai
			P:
			1. Klien: Anjurkan klien untuk selalu melakukan kegiatan harian sesuai jadwal dan anjurkan untuk patuh minum obat.
			2. Keluarga: Motivasi klien agar selalu melakukan kegiatan sesuai jadwal dan patuh minum obat
			3. Perawat: Evaluasi Sp 4 beri pujian atas apa yang sudah dilakukan, memotivasi klien untuk selalu melakukan kegiatan harian dan patuh minum obat

Lampiran 1.7 Lembar Konsultasi

Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	20/05/2025	ACC Judul	✓
	21/05/2025	BAB I Menguraikan terapi generalis SP 1 - 4	6
	22/05/2025	BAB II cek tata tulis	6
	22/05/2025	BAB III Hindari copy paste.	6
		ACC	6

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 dibawah tanggal • Bab I uraian terapan general (Sp 1 - 4)	
2	21-05-2025	Uraian manfaat SP-SP4 sebelum alinea terakhir (manfaat terapan general SP 1-4)	
3	22-05-2025	Terapan generalis : Cukup di uraian manfaat yg didukung hasil penelitian	
4.	22-05-2025	Lanjutan ke BAB II	

			PEMBIMBING
5	27-05-2025	BAB II } Cara tata tulis BAB III } Hindari Copy paste Jumlah paragraf Daftar pustaka : untuk melengkapi Uraian Abjad Semua yang dikutip harus ada di Daftar pustaka	2-
6	29-05-2025	Ace Sign dan Ujian	2-

Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	23/6/25	Hindari cofil partre	Ge.
2	30/06/25	Perbaiki fulitan	Ge
3	30/06/25	Acc magu sedang	Ge

Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	23/6/25	Askep yang diprint belum ada Evolusi Untuk ditengahi dengan evolusi	
2	29/6/25	— " —	
3	25/6/25	Tubirida Askep Suci dengan yang ada di kutes foto	
		Bemchasan fides Predigervs Prigipien. belum ada felay untuk di bcher	
4	25/6/2025	Pembahasan untuk diprint akan dengan menambahkan beberapa sumber dan hasil studi kasus	
5	30/6/25	ACC	