

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN MASALAH UTAMA
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG SADEWA RUMAH
SAKIT GRHASIA PROPINSI DAERAH
ISTIMEWA YOGYAKARTA**

Disusun Oleh :

Tri Jayantie

1002101



**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
STIKES BETHESDA YAKKUM
YOGYAKARTA
2013-2014**

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Akhir Praktik Laboratorium Klinik ini sudah diteliti dan disetujui oleh Pembimbing
Laboratorium Klinik STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta

Pembimbing Akademik

Pembimbing Klinik

Nurlia Ikaningtyas, S.Kep, Ns, M.Kep.,Sp.Kep.MB

Basuki Rachmad, SST

Mengetahui,
Ka Prodi S1 Ilmu Keperawatan

(Nurlia Ikaningtyas, S.Kep, Ns, M.Kep.,Sp.Kep.MB)

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Ilmu keperawatan memiliki peran penting dalam pelayanan kesehatan, mempunyai tanggung jawab yang cukup besar untuk memberikan laporan pelayanan perawatan pada klien gangguan jiwa. Perawat adalah petugas kesehatan yang memiliki waktu lama dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa, baik langsung maupun tidak langsung dan secara menyeluruh yang menyangkut Bio, Psiko, Sosial, Spiritual dan cultural. Asuhan keperawatan jiwa akan maksimal jika perawat menggunakan metode penyelesaian masalah yaitu pendekatan proses keperawatan untuk mencegah, mempertahankan, meningkatkan dan merehabilitasi respon adaptif klien gangguan jiwa.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Setelah mendapatkan pengalaman belajar selama 1 minggu di RS Grhasia Yogyakarta tentang penerapan Asuhan Keperawatan klien dengan gangguan jiwa, mahasiswa dapat memahami dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa menggunakan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan khusus

Setelah melaksanakan praktek klinik di RS Grhasia Yogyakarta peserta didik mampu :

- a. Menciptakan hubungan yang serasi dengan petugas di RS Grhasia Yogyakarta, pasien, maupun keluarganya.
- b. Mendapatkan gambaran tentang system pelayanan.
- c. Mahasiswa dapat melaksanakan pengkajian.
- d. Mahasiswa dapat menganalisa hasil pengkajian.
- e. Mahasiswa dapat merencanakan tindakan keperawatan.
- f. Mahasiswa dapat melaksanakan asuhan keperawatan.
- g. Mahasiswa dapat mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- h. Mahasiswa dapat mendokumentasikan proses keperawatan.

3. Metode Pengumpulan Data

Dalam penulisan laporan ini, penulis mencoba menerapkan beberapa metode, antara lain :

a. Wawancara/ Anamnese

Yaitu berbicara langsung dengan klien secara tatap muka sehingga didapatkan data subjektif maupun objektif.

b. Observasi

Penulis mengamati tingkah laku atau kebiasaan pasien secara langsung.

c. Studi dokumentasi

Yaitu mengumpulkan data dengan cara melihat dan mempelajari dokumen atau catatan yang berhubungan dengan status klien guna melengkapi data yang dibutuhkan.

d. Studi kepustakaan

Merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengumpulkan data dari sumber buku yang berkaitan dengan kasus yang dikelola.

TINJAUAN PUSTAKA

A. SKIZOFRENIA

1. Pengertian

- a. Adalah suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai dimana-mana sejak dahulu kala, namun sebab musabab patogenesisnya sangat kurang. (WE. Maramis, 1980)
- b. Umumnya ditandai dengan penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi serta efek yang tidak wajar (mappropriate) atau tumpul (blunded).

2. Etiologi

a. Keturunan

Potensi untuk mendapatkan skizofrenia diperkirakan diturunkan (bukan penyakit itu sendiri) melalui gen yang resesif.

Potensi ini kemungkinan kuat dan lemah, tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu, apakah akan terjadi skizofrenia atau tidak.

b. Endokrine

Hal ini berhubungan dengan sering timbulnya skizofrenia pada usia pubertas, waktu klimaks sterium, tetapi hal ini tidak dapat dibuktikan.

c. Metabolisme

Klien dengan skizofrenia sering tampak pucat, tidak sehat, nafsu makan berkurang dan berat badan berkurang sehingga ada yang menduga bahwa skizofrenia disebabkan oleh gangguan metabolisme saat lahir.

d. Susunan Saraf Pusat

Adanya kelainan susunan saraf pusat yaitu pada diencepalon atau korteks otak. Tetapi ini dapat dimasukkan dalam kelompok teori somatogenik yang mencari penyebab skizofrenia dalam kelainan badaniah.

e. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh suatu penyakit.

f. Teori Sigmund Freud

Skizofrenia termasuk psikogenik yang terdapat kelainan ego, super ego, dan kehilangan kapasitas untuk pemindahan.

g. Skizofrenia merupakan suatu sindrom yang disebabkan oleh bermacam-macam sebab antara lain:

- 1) Pendidikan yang salah
- 2) Keturunan
- 3) Meladopsi
- 4) Tekanan Jiwa
- 5) Penyakit jiwa seperti luas arterosklerosis otak

h. Skizofrenia merupakan suatu gangguan psikosomatik dengan etiologi yang belum jelas.

3. Tanda dan Gejala

a. Tanda dan gejala Primer

- 1) Gangguan proses, pikir (bentuk, langkah dan isi) kadang sebuah ide belum selesai dibicarakan sudah muncul ide lain, bloking prestasi, flights of ideas.
- 2) Gangguan afeks dan emosi yang meliputi:
 - a) Afeks dan emosi kadang kala, misalnya acuh tak acuh terhadap hal-hal yang penting bagi diri sendiri.
 - b) Parathimi adalah apa yang seharusnya menimbulkan senang dan gembira, pada penderita timbul rasa sedih dan marah.
 - c) Parathimi adalah penderita seharusnya menimbulkan senang dan gembira akan tetapi akan tetapi ia menangis.
 - d) Kadang – kadang emosi afek serta ekspresinya tidak mempunyai kesamaan.
 - e) Emosi yang berlainan sehingga terlihat seperti dibuat-buat.
 - f) Kehilangan kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik.
 - g) Akibat kepribadian yang terpecah-pecah maka timbul dua hal yang berlawanan yang terjadi secara bersamaan.

Contoh : membenci dan mencintai.

3) Gangguan Kemauan

Tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan, selalu memberikan alasan walaupun tidak dapat tepat dan jelas.

4) Gejala psikomotor atau gejala katatonik/ gangguan perbuatan.

5) Melakukan kegiatan berulang-ulang, katalepsi yaitu suatu posisi badan dipertahankan. dalam waktu lama. Negativitas yaitu menentang atau justru

melakukan, hal-hal yang berlawanan dengan apa yang disusun. Fleksibel bila suatu anggota badan digerakkan/ dibengkokkan terasa suatu tahanan.

b. Gejala Sekunder

1) Waham

Waham seringkali tidak logis sama sekali dan sangat gila.

2) Halusinasi

Pada skizofrenia halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran.

3) Menarik

diri Sebagai contoh, penderita skizofrenia mengidentifikasi dirinya adalah sebuah objek yang tidak ada artinya.

4) Jenis-jenis

Skizofrenia dibedakan menjadi beberapa jenis, yaitu:

a) Skizofrenia simplek

b) Skizofrenia heberfrenik

c) Skizofrenia atatonik

d) Skizofrenia paranoid

e) Skizofrenia residu

f) Skizofrenia skizoaktif

g) Skizofrenia tak terinci/ tak tergolongkan

5) Pengobatan

Pengobatan pada penderita skizofrenia harus secepat mungkin. Karena keadaan psikotik yang lama menimbulkan kemungkinan yang lebih besar bahwa penderita menuju kemunduran mental. Pengobatan dapat dilakukan dengan berbagai cara, yaitu:

a) Farmakoterapis

Neleptika dengan dosis efektif rendah bermanfaat pada penderita dengan skizofrenia yang menahun. Sedangkan dosisi tingi bermanfaat pada penderita skizofrenia dengan psikomotorik yang meningkat. Dengan fenotiozin ikut serta dalam kegiatan lingkungan dan terapi kerja. Sesudah gejala-gejala menghilang maka dosis dipertahankan selama beberapa bulan. Apabila serangan itu merupakan yang pertama kali, jika sesudahnya berkurang, maka setelah gejala mereda, obat diberikan terus sampai satu hingga dua tahun.

b) Terapi Elektro Konfulsif (ECT)

Terapi ini dapat memperpendek serangan skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita yang lebih banyak diberikan pada serangan berulang.

c) Terapi Koma Insulin

Hasil kerja baik untuk mendorong penderita bergaul dengan orang lain.

d) Laborami Prefontal

Apabila terapi secara intensif tidak berhasil dan penderita sangat mengganggu lingkungan maka dapat dilakukan cara ini.

B. SKISOFRENIA TAK TERINCI

Skisofrenia tak terinci umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dan persepsi serta efek yang tidak wajar, kesadaran yang jernih dan kemampuan yang intelektual biasanya tetap terpelihara walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian.

Klien dengan skisofrenia paling sedikit ada. dua gejala dibawah ini yang terus ada secara jelas, yaitu :

1. Halusinasi yang menetap disertai dengan waham yang mengembang.
2. Arus pikir yang terputus (break) atau yang mengalami sisipan.
3. Perilaku katatonik seperti gaduh dan gelisah
4. Gejala-gejala seperti sikap, apatis, bicara yang jarang dan cenderung menarik diri.

C. PERILAKU KEKERASAN

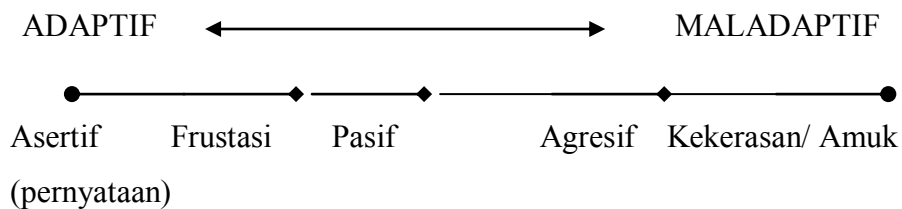
1. Pengertian

KEKERASAN/ MARAH adalah :

- a. Perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan/ kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman (Stuart & Sundeen, 1995).
- b. Pengungkapan kemarahan dengan langsung & konstruktif pada waktu terjadi marah akan melegakan individu dan membantu orang lain untuk mengerti perasaan yang sebenarnya.
- c. Kemarahan yang ditekan atau pura-pura tidak marah akan mempersulit diri sendiri dan mengganggu hubungan interpersonal.

2. Rentang Respon Kemarahan

Perasaan marah normal bagi tiap individu, namun perilaku yang dimanifestasikan oleh perasaan marah dapat berfluktuasi sepanjang rentang adaptif dan maladaptif.



a. Respon Marah Adaptif:

1) Asertif (Pernyataan)

Adalah respon marah dimana individu mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah atau tidak setuju tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain, akan memberikan kelegaan bagi individu dan tidak akan menimbulkan masalah.

2) Frustrasi

Adalah respon yang terjadi akibat individu gagal mencapai tujuan, kepuasan atau rasa aman*). Biasanya dalam keadaan tersebut individu tidak menemukan alternatif lain.

*) Karena tujuan tidak realistis atau hambatan dalam proses pencapaian tujuan.

b. Respon Marah Maladaptif:

1) Pasif

Adalah suatu keadaan dimana individu tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan yang dialaminya, untuk menghindari suatu tuntutan nyata → terlihat pasif.

2) Agresif

Adalah perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan individu untuk menuntut sesuatu yang dianggapnya benar dan bentuk destruktif tapi masih terkontrol.

→ muka muram, bicara kasar, menuntut.

3) Kekerasan Amuk

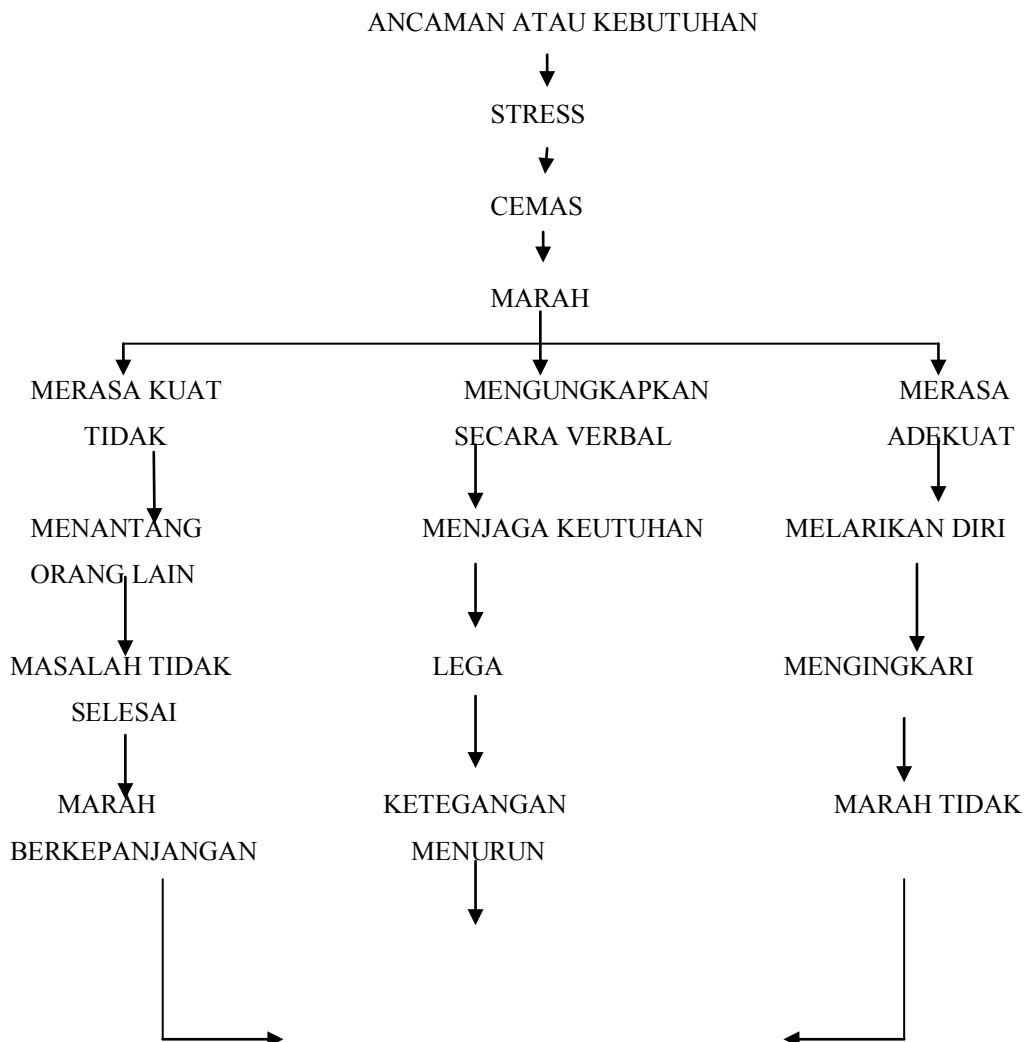
Adalah perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilang kontrol, dimana individu dapat merusak diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

c. Proses Kemarahan

- 1) Stress, cemas, marah merupakan bagian kehidupan sehari-hari yang harus dihadapi oleh setiap individu.
- 2) Stress dapat menyebabkan kecemasan yang menimbulkan perasaan tidak menyenangkan dan terancam.
- 3) Kecemasan dapat menimbulkan kemarahan.
- 4) Respon terhadap marah diungkapkan dengan 3 cara :

- a) Mengungkapkan secara verbal → konstruktif
- b) Menekan } Destruktif
- c) Menantang }

→ Akan timbul rasa bermusuhan
 → kekerasan, pada diri sendiri atau orang lain
 → depresi / psikosomatik
 → Agresi dan amuk
 (LIHAT BAGAN)



RASA MARAHTERATASI

MUNCUL RASA BERMUSUHAN



RASA BERMUSUHAN
MENAHUN

MARAHA PADA
DIRI SENDIRI



DEPRESI PSIKOSOMATIK

MARAHA PADA ORANG
LAIN/ LINGKUNGAN



AGRESIF-MENGAMUK

D. FAKTOR PREDISPOSISI

Berbagai pengalaman yang dialami tiap orang yang merupakan faktor predisposisi untuk terjadi perilaku kekerasan adalah :

1. PSIKOLOGIS

- a. Kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau amuk.
- b. Masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan : perasaan ditolak, dihina, dianiaya atau sakit penganiayaan.

2. PERILAKU


- a. Reinforcement/ pujian yang diterima pada saat melakukan kekerasan.
- b. Sering mengobservasi kekerasan dirumah atau diluar rumah.
Individu mengadopsi perilaku kekerasan

3. SOSIAL BUDAYA

- a. Teori Lingkungan Sosial (Social Environment).
Lingkungan sosial akan mempengaruhi individu dalam mengekspresikan marah, norma kebudayaan dapat mendukung individu untuk berespon kasar.
- b. Teori Belajar Sosial (Social Learning Theory)
Perilaku agresif dapat dipelajari secara langsung maupun imitasi dari proses sosialitas.

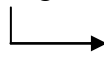
4. BIONEUROLOGIS

Kerusakan sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal dan ketidak seimbangan neurotransmitter turut berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan.

- a. Limbik sistem rusak : Ekspresi emosi dan perilaku meningkat.
- b. Lobus frontal :
Kerusakan pada penilaian, kepribadian, perilaku tidak sesuai, agresif.
- c. Lobus temporal : epilepsi → agresif
- d. Neurotransmitter :
 - 1) GABA (Gamma Amino Butiric Acid) ↑↑ : agresifitas ↓
Benzopiazepin : ↑↑ GABA
 - 2) Norepineprin : ↑↑ Agresifitas
Litium Carbonate
Propanolol  ↓↓ Norepineprin
 - 3) Mono Amin Serotonin : ↓↓ agresifitas

E. FAKTOR PRESIPITASI

Faktor presipitasi dapat bersumber dari klien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain.

1. Kondisi klien seperti : kelelahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, percaya diri yang kurang.
 Penyebab perilaku kekerasan
2. Situasi lingkungan : ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai.

F. TANDA DAN GEJALA

1. FISIK

- a. Muka merah
- b. Pandangan tajam
- c. Nafas pendek
- d. Keringat
- e. Sakit fisik
- f. Penyalahgunaan zat
- g. Tekanan darah >

2. SOSIAL

- a. Menarik diri
- b. Pengasingan
- c. Penolakan
- d. Kekerasan
- e. Ejekan

3. EMOSI

- a. Tidak adekuat
- b. Tidak aman
- c. Rasa terganggu
- d. Dendam jengkel

➤ SPIRITUAL

- a. Kemahakuasaan
- b. Keraguan
- c. Tidak bermoral
- d. Kebejatan
- e. Kreativitas terhambat

4. INTELEKTUAL

- a. Mendominasi
- b. Bawel
- c. Sarkasme : kasar
- d. Berdebat
- e. Meremehkan

| | PASIF | ASERTIF | AGRESIF |
|----------------|--|--|--|
| ISI BICARA | <ul style="list-style-type: none"> - Negatif - Menghina diri sendiri - Dapatkah saya lakukan? | <ul style="list-style-type: none"> - Positif - Menghargai diri sendiri - Saya dapat/ akan lakukan | <ul style="list-style-type: none"> - Berlebihan - Menghina orang lain - Anda selalu/ tidak pernah |
| NADA SUARA | <ul style="list-style-type: none"> - Diam - Lemah - Merengek | <ul style="list-style-type: none"> - Diatur | <ul style="list-style-type: none"> - Tinggi - Menuntut |
| POSTUR | <ul style="list-style-type: none"> - Melorot - Menundukkan kepala | <ul style="list-style-type: none"> - Refleks - Tegak | <ul style="list-style-type: none"> - Tegang - Bersandar kedepan |
| PERSONAL SPACE | <ul style="list-style-type: none"> - Orang lain masuk pada teritorial pribadinya | <ul style="list-style-type: none"> - Menjaga jarak yang menyenangkan - Mempertahankan teritorial | <ul style="list-style-type: none"> - Memasuki teritorial orang lain |
| GERAKAN | <ul style="list-style-type: none"> - Minimal, lemah, resah | <ul style="list-style-type: none"> - Memperlihatkan gerakan yang sesuai | <ul style="list-style-type: none"> - Mengancam, ekspansi gerakan |
| KONTAK MATA | <ul style="list-style-type: none"> - Sedikit/ tidak ada | <ul style="list-style-type: none"> - Sekali-kali (teratur, sesuai kebutuhan) | <ul style="list-style-type: none"> - Melotot |

MASALAH KEPERAWATAN

1. PERILAKU KEKERASAN
2. RESIKO MENCEDERAI : Orang Lain, Lingkungan
3. GANGGUAN HARGA DIRI : HDR

POHON MASALAH :

Resiko Tinggi Mencederai :

Orang Lain/ Lingkungan



Perilaku Kekerasan : CP



Gangguan Harga Diri : HDR

DIAGNOSA KEPERAWATAN :

1. Resiko tinggi mencederai orang lain b.d perilaku kekerasan.
2. Perilaku kekerasan berhubungan dengan HDR

BAB III
PENGAJIAN
KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Tanggal Pengkajian : 23 Januari 2014

Jam : 10.00

Oleh : Tri Jayantie

I. IDENTITAS KLIEN

Nama : Bp D
Jenis Kelamin : Laki – laki
Umur : 46 tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : pekeja Swasta
Alamat : jaktim
Tg. Masuk RS : 13 Januari 2013
Ruang : Sadewa
Nomor CM : 0641XXX

II. ALASAN MASUK

Pasien sering marah – marah, bicara sendiri, ngomel – ngomel.

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?

Pasien pernah mengalami gangguan jiwa pada tahun 1991 dan 2000.

2. Pengobatan sebelumnya :

Kurang berhasil, karena pasien putus minum obat dan kambuh kembali.

3. Trauma : Tidak ada

Jelaskan No 1,2,3 :

Pasien dirawat di RSJ grahasia sejak tanggal 13 januari 2013, penyakit pasien kambuh karena tidak minum obat secara teratur.

Masalah Keperawatan :

Resiko tinggi kekerasan

4. Anggota Keluarga yang gangguan jiwa?

Ada, bapak klien mengalami Perilaku Kekerasan

Masalah Keperawatan :

Resiko tinggi kekerasan

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan?

Pasien sejak lulus SMA dahulu langsung dilanjutkan bekerja oleh ayahnya di tempat yang jauh.

IV. PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda vital : TD : 120/ 70 mmHg

N : 88 x/mnt S : 36 °C P : 20 x/mnt

2. Ukuran

Berat Badan (BB) : 65 Kg Tinggi Badan (TB) : 160 cm

3. Keluhan Fisik

Tidak ada, ekstremitas atas bawah lengkap dan tidak ada kelainan.

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram: -

2. Konsep Diri

a. Gambaran diri : klien sangat mempunyai harapan besar untuk sembuh

b. Identitas diri : Saat dipanggil namanya "Bp D" klien merespon.

c. Peran : Pasien sebagai pekerja swasta

d. Ideal diri : Klien mengatakan ingin cepat pulang sudah Jenuh di RSJ G

e. Harga diri : Klien menerima keadaanya saat ini

Masalah Keperawatan

Harga diri rendah

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti : Keluarga pasien

b. Peran serta kegiatan kelompok/masyarakat : kadang – kadang ikut

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Tidak ada

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan : Pasien beragama Islam

b. Kegiatan ibadah : Klien selalu sholat

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan

Bagaimana penampilan klien dalam hal berpakaian, mandi, makan, toilet training dan pemakaian sarana prasarana atau instrumentasi dalam mendukung penampilan, apakah klien :

Pasien berpakaian, berpenampilan rapi, AdL dibimbing sebagian.

Masalah Keperawatan :

Sindroma defisit perawatan diri (makan, mandi, toilet training, instrumentasi)

2. Pembicaraan

a. Inkoherensi

b. Lambat

c. Tidak mampu mulai pembicaraan

Masalah Keperawatan :

Kerusakan komunikasi

Aktivitas Motorik

Klien tampak Lesu namun jika diajak ngobrol pasien dapat merespon dengan baik.

Masalah Keperawatan :

Defisit aktivitas diversional/hiburan

5. Afek dan Emosi

a. Afek

Ekspresi klien datar, tumpul ketika diajak ngobrol klien mampu merespon dengan baik jika diberikan stimulasi yang kuat.

b. Alam perasaan (emosi)

Pasien mengatakan merasa sedih jika mendengar ada orang yang meninggal.

6. Interaksi Selama Wawancara

Interaksi selama wawancara baik, klien kooperatif, namun kontak mata kurang

7. Persepsi Sensori

a. Pasien Tidak ada Halusinasi dan Ilusi

8. Proses Pikir

a. Proses Pikir (Arus dan Bentuk Pikir)

Proses pikir baik, klien jika diajak bicara mampu merespon dan mendengarkan dengan baik.

b. Isi Pikir

Pasien tidak mengalami obsesi, phobia, dengan apapun.

c. Waham :

Tidak ada, pasien mampu mengenal lingkungan dengan baik.

9. Tingkat Kesadaran

Pasien mengerti dengan keadaan yang ada pada dirinya dan lingkungan yang ada.

a. Ada gangguan orientasi (disorientasi) :

Klien mudah lupa dengan orang yang sudah dikenalnya.

10. Memori

Klien tidak mampu mengingat kejadian yang terjadi dalam hari – minggu terakhir

Masalah Keperawatan :

Perubahan proses pikir, jelaskan : klien lupa dengan nama orang yang dikenal

11. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pasien kooperatif, mampu berhitung dengan baik dan benar.

12. Kemampuan Penilaian

Pasien mampu mengambil keputusan sendiri dan bantuan orang lain, pasien mampu melakukan ADL sebagian.

13. Daya Tilik Diri

Pasien mengetahui/sadar dirinya dirawat di SRJ G serta penyebab dirinya dirawat, pasien mengetahui tujuan dirinya dirawat.

VII. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

1. Kemampuan Klien Memenuhi Kebutuhan

| Kemampuan memenuhi kebutuhan | Ya | Tidak |
|------------------------------|----|-------|
| Makanan | | √ |
| Keamanan | √ | |
| Perawatan kesehatan | | √ |

| | | |
|----------------|---|---|
| Pakaian | √ | |
| Transportasi | | √ |
| Tempat tinggal | √ | |
| Keuangan | | √ |
| Lain-lain | | |

Jelaskan :

Klien mampu untuk memenuhi makannya, klien dapat menggunakan pakaian sendiri, klien belum dapat untuk melakukan menggunakan, alat Transportasi, Perawatan kesehatan, Keuangan klien belum bisa untuk mencari uang sendir.

2. Kegiatan Hidup Sehari-hari (ADL)

a. Perawatan Diri

| Kegiatan hidup sehari – hari | Bantuan total | Bantuan minimal | Mandiri |
|------------------------------|---------------|-----------------|---------|
| Mandi | | | √ |
| Kebersihan | | √ | |
| Makan | | √ | |
| Buang air kecil (BAK) | | | √ |
| Buang air besar (BAB) | | | √ |
| Ganti pakaian | | | √ |

Jelaskan :

Klien dapat mandi secara mandiri, untuk melakukan kegiatan bersih-bersih dan makan klien masih memerlukan bantuan dari perawat, klien dapat melakukan makan secara mandiri, untuk BAB, BAK dan ganti pakaian klien dapat melakukannya secara mandiri.

b. Nutrisi

1) Apakah anda puas dengan pola makan anda?

Puas: Pasien mampu menghabiskan porsi makan yang diberikan.

2) Apakah saat makan anda memisahkan diri?

Tidak: pasien selalu makan bersama dengan pasien lainnya.

Frekuensi makan sehari : 2 x sehari

3) Nafsu makan

Pasien mampu menghabiskan porsi makan yang diberikan.

4) Berat badan

Meningkat: Nafsu makan baik, setiap porsi yang diberikan klien mampu menghabiskannya.

c. Tidur

1) Apakah ada masalah tidur?

Tidak ada: pasien dapat tidur dengan dengan nyenyak bersama teman kamarnya.

2) Apakah merasa segar setelah bangun tidur?

Pasien merasa Segar setelah bangun tidur

3) Apakah ada yang menolong anda untuk mempermudah tidur?

Tidak ada: pasien tidur dengan spontan tanpa distimulasi dengan obat tidur.

4) Tidur malam jam : 21.00 Bangun jam : 06.00 Rata-rata tidur malam : 8 – 9 jam

5) Apakah ada gangguan tidur?

Tidak ada: pasien dapat tidur dengan dengan nyenyak bersama teman kamarnya tanpa ada gangguan tidur.

3. Kemampuan Klien dalam Hal-Hal Berikut

a. Mengantisipasi kehidupan sehari-hari: pasien belum bisa mengantisipasi kehidupannya di kemudian hari.

b. Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri :

Pasien belum dapat mengambil keputusan sendiri, klien sudah dapat membuat keputusa berdasarkan keinginannya

c. Mengatur penggunaan obat :

Pasien mengerti tujuan dari minum obat secara teratur.

d. Melakukan pemeriksaan kesehatan

Klien tidak mengerti untuk melakukan pemeriksaan kesehatan dirinya

Jelaskan :

Klien belum dapat melakukan untuk mengambil keputusan secara mandiri tetapi klien sudah dapat membuat keputusan berdasarkan keinginannya, klien belum dapat menggunakan obat secara teratur dan benar, klien belum sadar akan kesehatan dirinya.

4. Klien Memiliki Sistem Pendukung

Klien memiliki sistem pendukung dari Keluarga, Teman sejawat, perawat, Terapis yang selalu menerima dirinya

5. Apakah Klien Menikmati Saat Bekerja, Kegiatan Produktif atau Hobi?

Klien dapat mengikuti kegiatan rehabilitas yang dilakukan oleh terapis dengan baik.

MEKANISME KOPING

| Adaptif | Mal Adaptif |
|-----------------------------|----------------------------|
| Bicara dengan orang lain | Minum alcohol |
| Mampu menyelesaikan masalah | Reaksi lambat / berlebihan |
| Teknik relaksasi | Bekerja berlebihan |
| Aktivitas konstruktif | Menghindar |
| Olahraga | Mencederai diri |
| Lain-lain | Lain-lain |

Jelaskan :

Adaptif biasanya klien jika merasa marah atau ngomel – ngomel klien dapat mengungkapkannya dengan orang lain dan beralih dengan tidur.

VIII. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifiknya tidak ada, pasien kadang ikut kegiatan kelompok yang di adakan

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifiknya klien diterima oleh masyarakat
3. Masalah dengan pendidikan, spesifiknya pasien lulusan SMA
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifiknya Klien Lulus SMA langsung lanjut kerja oleh ayahnya di tempat yang jauh.
5. Masalah dengan perumahan, spesifiknya klien tinggal bersama keluarganya
6. Masalah dengan ekonomi, spesifiknya klien bekerja sebagai pekerja swasta
7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifiknya perilaku kekerasan

IX. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

Apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang suatu hal?

- a. Pasien tidak begitu memahami Penyakit/gangguan jiwa yang terjadi pada dirinya
- b. Pasien tidak begitu memahami efek samping kontraindikasi dari Obat-obatan yang dikonsumsi.

X. ASPEK MEDIS

- a. Diagnosa medis : F.20.3 (Skisoprenia tak terinci)

Terapi Medis : pernah rawat inap di RS Puri Nirmala tahun 1991, rawat jalan di RSCM \pm 1 tahun, pada tahun 2000.

- b. Terapi obat:

| No | Nama Obat | Indikasi | Kontra Indikasi | Efek Samping |
|----|-----------|---|--|--|
| 1. | CTZ 100 | Skizofrenia dan kondisi yang berhubungan dengan psikosis, tranquilisasi dan kontrol darurat untuk gangguan perilaku, terapi tambahan untuk gangguan perilaku karena retardasi mental. | Penekanan sumsum tulang, gangguan hati atau ginjal berat, sindrom reye, koma karena barbiturat atau alkohol, anak < 6 tahun. | Ikterus, hipotensi postural dan depresi pernapasan, diskrasia darah, distonia akut, diskinesia tardiv, gangguan penglihatan, reaksi ekstrapiramidial (dosis tinggi). |

| | | | | |
|----|--------------------------------|---|--|---|
| 2. | HDL 5 (haloperi dol) | Skizofrenia akut dan kronik, status ansietas, gelisah dan psikis labil disertai dengan mudah marah, menyerang, astenia, delusi, halusinasi. | Depresi endogen tanpa agitasi, gangguan saraf dengan gejala piramidal atau ekstrapiramidal, kondisi koma, depresi SSP berat. | Hipertonia dan gemetar pada otot, gerakan mata yang tidak terkendali, hipotensi ortostatik, galaktore. |
| 3. | THP 2 (trihexyp henidyl) | Parkinson, gangguan ekstrapiramidal yang disebabkan obat SSP. | Glaukoma sudut sempit, ileus paralitik, hipertrofi prostat. | Mulut kering, penglihatan kabur, pusing, cemas, konstipasi, retensi urin, takikardi, dilatasi pupil, TIO meningkat, sakit kepala. |

XI. ANALISA DATA

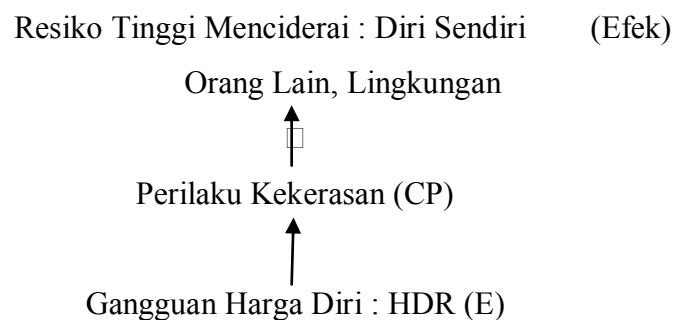
| NO | DATA | MASALAH |
|----|---|--|
| 1. | <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan mengetahui penyebab dirinya dirawat di RSJ <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat tenang, kooperatif - Klien bisa mengikuti terapi dengan baik | <p>Perilaku kekerasan</p> <p>Risiko menciderai: diri sendiri, orang lain, lingkungan</p> |
| 2. | <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sedih jika ada orang yang meninggal - Klien mengatakan dirinya sakit jiwa karena ia menyadari dirinya di RSJ | <p>Harga diri rendah</p> |

| | | |
|----|--|--------------------|
| | Objektif : - Klien tampak sedih, kontak mata kurang, ekspresi wajah datar. | |
| 3. | Subjektif : - Pasien mengatakan sedih sekali jika mendengar ada orang yang meninggal - Dari rasa sedih yang berlebihan ini pasien sering marah – marah dan ngomel – ngomel dengan keluarganya. Objektif : - Klien tampak sedih dengan wajah datar, kontak mata kurang. | Perilaku kekerasan |

XII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Resiko menciderai diri, orang lain dan lingkungan
2. Harga diri rendah
3. Perilaku kekerasan

G. POHON MASALAH



H. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Resiko tinggi menciderai diri sendiri orang lain, lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan.
2. Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah

Pakem, 23 Januari 2014

Mahasiswa yang mengkaji,

Tri Jayantie

NIM :1002101

**RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN
KLIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN**

Nama Klien : Bp. D
No CM : 0641xxx

DX Medis : F. 20.3
Ruangan : Sadewa

| No Dx | Dx Keperawatan | Perencanaan | | | Rasional |
|-------|---|---|--|---|---|
| | | Tujuan | Kriteria Evaluasi | Intervensi | |
| 1 | Resiko menciderai diri sendiri dan orang lain b.d. Perilaku Kekerasan | <p>TUM: klien dapat mengontrol perilaku kekerasan.</p> <p>TUK: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</p> | <p>1. Klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat:</p> <p>a. Wajah cerah, tersenyum b. Mau berkenalan c. Ada kontak mata d. Bersedia menceritakan perasaan</p> | <p>1. Bina hubungan saling percaya dengan:</p> <p>a. Beri salam setiap berinteraksi. b. Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan c. Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien d. Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi e. Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien f. Buat kontrak interaksi yang jelas g. Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien</p> | <p>hubungan saling percaya memungkinkan klien terbuka pada perawat dan sebagai dasar untuk intervensi selanjutnya</p> |
| | | <p>2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya</p> | <p>2. Klien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya:</p> <p>a. Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya</p> | <p>2. Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya:</p> <p>a. Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya b. Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien</p> | <p>Klien agar dapat mengungkapkan perasaan marahnya agar memudahkan intervensi selanjutnya</p> |
| | | <p>3. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan</p> | <p>3. Klien menceritakan keadaan</p> <p>a. Fisik : mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang, dan lain-lain. b. Emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar. c. Sosial : bermusuhan d. yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.</p> | <p>3. Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya:</p> <p>a. Motivasi klien menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi b. Motivasi klien menceritakan kondisi emosinya saat terjadi perilaku kekerasan c. Motivasi klien menceritakan kondisi psikologis saat terjadi perilaku kekerasan d. Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan</p> | <p>Agar klien mampu mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan.</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| | | 4. Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya | 4. Klien menjelaskan: <ul style="list-style-type: none"> a. Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya b. Perasaannya saat melakukan kekerasan c. Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah | 4. Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini: <ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya. b. Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi c. Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi. | Agar klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang selama ini dilakukannya. |
| | | 5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan | 5. Klien menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya <ul style="list-style-type: none"> a. Diri sendiri : luka, dijauhi teman, dll b. Orang lain/keluarga : luka, tersinggung, ketakutan, dll c. Lingkungan : barang atau benda rusak dll | 5. Diskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada: <ul style="list-style-type: none"> a. Diri sendiri b. Orang lain/keluarga c. Lingkungan | Agar klien dapat mengetahui kerugian perilaku kekerasan. |
| | | 6. Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan | 6. Klien : <ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah | 6. Diskusikan dengan klien: <ul style="list-style-type: none"> a. Apakah klien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat b. Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui klien. c. Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah: <ol style="list-style-type: none"> 1) Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olah raga. 2) Verbal: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain. 3) Sosial: latihan asertif dengan orang lain. 4) Spiritual: sembahyang/doa, zikir, meditasi, dsb sesuai keyakinan agamanya masing-masing | Agar klien dapat menggunakan cara yang baik untuk mengungkapkan rasa marah dan jengkel klien. |
| | | 7. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan | 7. Klien mempragakan cara mengontrol perilaku kekerasan: <ul style="list-style-type: none"> a. Fisik: tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur b. Verbal: mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti c. Spiritual: zikir/doa, meditasi sesuai agamanya | 7. 1. Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan klien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan. 7.2. Latih klien mempragakan cara yang dipilih: <ul style="list-style-type: none"> a. Peragaan cara melaksanakan cara yang dipilih. b. Jelaskan manfaat cara tersebut c. Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan. d. Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna 7.3. Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel | Agar klien dapat mengendalikan perilaku kekerasan. |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| | | 8. Klien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan | 8. Keluarga: <ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan b. Mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien | 8.1. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung klien untuk mengatasi perilaku kekerasan. 8.2. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku kekerasan 8.3. Jelaskan pengertian, penyebab, akibat dan cara merawat klien perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga. 8.4. Peragakan cara merawat klien (menangani PK) 8.5. Beri kesempatan keluarga untuk memperagakan ulang 8.6. Beri pujian kepada keluarga setelah peragaan 8.7. Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan | Agar keluarga klien dapat membantu penyembuhan klien. |
| | | 9. Klien menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan | 9. Klien menjelaskan: <ul style="list-style-type: none"> a. Manfaat minum obat b. Kerugian tidak minum obat c. Nama obat d. Bentuk dan warna obat e. Dosis yang diberikan kepadanya f. Waktu pemakaian g. Cara pemakaian h. Efek yang dirasakan 10. Klien menggunakan obat sesuai program | 9.1. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat 9.2. Jelaskan kepada klien: <ul style="list-style-type: none"> a. Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat) b. Dosis yang tepat untuk klien c. Waktu pemakaian d. Cara pemakaian e. Efek yang akan dirasakan klien 9.3. Anjurkan klien: <ul style="list-style-type: none"> a. Minta dan menggunakan obat tepat waktu b. Laporkan ke perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa c. Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat. | Agar klien mau mematuhi peraturan minum obat. Dengan mendiskusikan manfaat minum obat dapat merangsang keinginan klien untuk patuh minum obat. |

**TINDAKAN DAN EVALUASI
KEPERAWATAN JiWA
(Catatan Tindakan / Perkembangan Keperawatan)**

Nama :Bp. D

Ruangan : Sadewa

Nomor RM :0641xxx

| Hari/Tg Jam | Dx Kep Tujuan | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Keperawatan | Paraf dan Nama |
|---------------------|---|---|---|----------------|
| 23.01.2014 08.00 | Resiko tinggi menciderai diri sendiri ,orang lain,lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan. | TUK 1 Klien dapat membina hubungan saling percaya | S : Klien mengatan bersedia untuk ngobrol dengan perawat. O : klien terlihat tenang, bisa diajak bicara, kooperatif. A : Tujuan tercapai P : Lanjut Intervensi | |
| 09.30 | | TUK 2 Menanyakan kepada klien tentang mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya | S:Klien mengatakan ”mengetahui penyebab ia dirawat di RSJ”. O :Mimik wajah klien terlihat datar A : Tujuan tercapai P : Lanjutkan Intervensi | |

| | | | | |
|------------------------------|--|---|--|--|
| <p>24 01.2014 09.00</p> | | <p>Mengobservasi emosi klien, membimbing ADL.</p> | <p>S :Klien mengatakan sudah tidak suka marah O : Klien terlihat gembira A : Tujuan tercapai P : Lanjutkan Intervensi</p> | |
| <p>11.00</p> | | <p>TUK 3 Menanyakan kepada klien tentang mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan</p> | <p>S : Klien mengatakan jika klien marah ngomel-ngomel aja O : Klien terlihat serius menceritakannya. A : Tujuan tercapai P : Lanjutkan intervensi</p> | |
| <p>13.00</p> | | <p>TUK 4 Menanyakan kepada klien tentang mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya</p> | <p>S :Klien mengatakan”tidak mengetauinya dengan jelas” O :klien Kooperatif A : Tujuan tercapai P : Lanjutkan intervensi</p> | |
| <p>25 .01.2014 08.00</p> | | <p>Mengobservasi emosi dan membimbing ADL dan observasi TD klien</p> | <p>S :Klien mengatakan sudah tidak suka marah O : -Klien terlihat gembira - klien terlihat bisa</p> | |

| | | | | |
|-------|--|---|--|--|
| 08.30 | | <p>TUK 5</p> <p>Menayakan kepada klien tentang mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan</p> | <p>ngobrol bersama temannya.</p> <p>A : Tujuan tercapai</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>S : Klien mengatakan menyebabkan masuk ke rumah sakit</p> <p>O : wajah klien terlihat datar, namun kooperatif</p> <p>A : Tujuan tercapai</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> | |
|-------|--|---|--|--|

RESUME KEPERAWATAN

Nama : Bp. D

Ruangan : Sadewa

No RM : 0641xxx

| Tanggal dan Jam | Uraian Keadaan Terakhir | Paraf dan Nama |
|---------------------|---|----------------|
| 23 – 25 /01/2014 | <ul style="list-style-type: none">a. Interaksi dengan klien baikb. Klien sudah tidak marah-marahc. Klien terlihat tenang, dan kooperatifd. Klien belum dapat mengingat dengan baike. Klien dapat melakukan mengontrol marah dengan benarf. Klien mengetahui penyebab ia dirawat di RSJg. Klien mampu mengetahui akibat perilaku kekerasanh. Klien bisa mengikuti Terapi Aktivitas Kelompok dengan baik | |

STANDAR EVALUASI KEPERAWATAN JiWA
(Perkembangan Perilaku Pasien)

Nama : Bp. D No.RM :0641xxx
 Jenis Kelamin : √ L / P Ruangan :Sadewa
 Umur : 44 tahun Tgl MRS : 13januari 2014

| NO | MASALAH KEPERAWATAN | MINGGU | | | | |
|----|---|--------|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Gangguan kebersihan diri | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| 2. | Gangguan tingkah laku | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| 3. | Gangguan dalam pembicaraan | 4 | 5 | 4 | 3 | 3 |
| 4. | Gangguan emosi/afek | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 5. | Gangguan pemikiran | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 |
| 6. | Gangguan persepsi (halusinasi) | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 |
| 7. | Gangguan tidur | 2 | 3 | 5 | 6 | 6 |
| 8. | Gangguan makan | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| | Jumlah skor yang diperoleh pada minggu I – IV | 32 | 32 | 38 | 35 | 38 |
| | Klasifikasi tingkat ketergantungan pasien | | | | | |
| | Tanggal penilaian/evaluasi perkembangan pasien | | | | | |
| | Nama jelas penilaian/evaluasi perkembangan pasien | | | | | |

CATATAN :

Skor yang diperoleh berdasarkan perkembangan pasien dan klasifikasi tingkat keterangan saat dievaluasi :

- 6) Baik sekali : 33 - 40
Perawatan mandiri (*minimal care*)
- 7) Baik : 25 - 32
Perawatan sebagian (*Partial care*)
- 8) Sedang/cukup : 17 - 24
Perawatan sebagian (*Partial care*)
- 9) Kurang : 9 – 16
Perawatan total (*Total care*)
- 10) Buruk : 1 - 8

Perawatan total (*Total care*)

PENILAIAN ASKEP INDIVIDU

Nama Peserta Didik :
NIM :
TK / Semester :
Tempat Praktik :

| No | Aspek Yang Dinilai | Score | | | | | Ket |
|--------------|--|-------|---|---|---|-----|-----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | Jml | |
| 1 | Pengkajian Kasus Kelolaan | | | | | | |
| 2 | Penentuan Diagnosa Keperawatan | | | | | | |
| 3 | Penentuan Rencana Asuhan Keperawatan: - Tujuan - Intervensi - Rasionalisasi | | | | | | |
| 4 | Pendokumentasian Implementasi | | | | | | |
| 5 | Pelaksanaan Evaluasi | | | | | | |
| 6 | Penguasaan Kasus | | | | | | |
| Jumlah Total | | | | | | | |

Rentang : 0 – 4

Keterangan :

4 = baik sekali

3 = baik

2 = cukup

1 = kurang

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Score}}{\text{Jumlah Aspek yang dinilai}}$$

Yogyakarta, 25 Januari 2014
Penilai,

(.....)

**FORMAT PENILAIAN
PERAN SERTA PRE-POST CONFERENCE**

| NO | A S P E K | N I L A I | | | | KET |
|--------------|---|-----------|---|---|---|-----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 | Mengidentifikasi masalah atau mengemukakan argument untuk dikusi kelompok | | | | | |
| 2 | Memberi ide selama conference | | | | | |
| 3 | Mensintesa ide selama conference | | | | | |
| 4 | Menerima ide-ide orang lain | | | | | |
| 5 | Mengontrol emosi sendiri | | | | | |
| 6 | Memusatkan perhatian dalam diskusi yang dilakukan kelompok/group | | | | | |
| TOTAL | | | | | | |

NILAI =

Keterangan:

1 = Kurang

2 = Sedang

3 = Baik

4 = Sangat Baik

Yogyakarta, 25 Januari 2014

Pembimbing,

(.....)