



Dinas Kesehatan  
Kabupaten Sleman



Seri: Pemantauan Klien

# BUKU MATA HATI

Masyarakat Tangguh Sehat Jiwa



Buku ini milik:

 : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apabila menemukan buku ini, harap kembalikan ke  
puskesmas/ RS/ pamong desa setempat

Didukung oleh:



RS JIWA GRIBADA  
Dukuh Sitenewo Tugayuta



Nawakamal





# IDENTITAS

## A. Identitas Diri Klien

Nama : \_\_\_\_\_  
NIK : \_\_\_\_\_  
Tempat/Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_  
Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_  
Agama : \_\_\_\_\_  
Pendidikan/Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
Anak ke : \_\_\_\_\_  
Tinggal Bersama : \_\_\_\_\_  
Alamat Menurut KTP : \_\_\_\_\_  
Alamat Domisili : \_\_\_\_\_  
No. Telepon/HP : \_\_\_\_\_  
No. BPJS : \_\_\_\_\_

## B. Identitas Penanggung Jawab

Hubungan dengan klien : \_\_\_\_\_  
Nama : \_\_\_\_\_  
NIK : \_\_\_\_\_  
Tempat/Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_  
Pendidikan : \_\_\_\_\_  
Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
Alamat Rumah : \_\_\_\_\_  
No. Telepon/HP : \_\_\_\_\_



## Tim Penyusun:

dr. Seruni Angreni Susila, MPH  
Kurnia Yuliawati, S.Si., Apt, M.K.M  
Dhoni Widyanto Wibowo, AMK  
Faridatun Nafia, Amd.Keb  
Renita Damai Hudikasari, S.Kep.Ns  
Berta Devi Aryani, M.Psi., Psikolog  
Siam Hanifah, S.Psi., Psikolog  
Keswamas Rsj Ghrasia  
Pusat Rehabilitas YAKKUM  
Kuni Aisyah Habibah, S.Psi  
Maryama Nihayah, S.Psi. MA

## Editor:

dr. Seruni Angreni Susila, MPH  
Aspi Kristiati, SKM.MA  
Maryama Nihayah, S.Psi.MA  
Kuni Aisyah Habibah, S.Psi

## Tim Pembahas:

dr.Khamidah Yuliati, M.M.R  
dr.Dinar Arini, M.Sc., Sp.KJ  
dr.Wulandari Berliani Putri  
dr.Riya Makriefat  
Aspi Kristiati, SKM. MA  
Dianingtyas Agustin, S.Kep.Ns  
Yuni Murniati, A.Md.Kep  
Faitun Puji Astuti, AMK  
Widi Kurniani, AMPK  
Dewi Wahyu Feba Emilia, A.Md  
Nurlita Tri Wahyu Aji, S.Si, Apt  
Mutia Kusuma Wardani, S.Farm.Apt  
Notowati Dwi Vitasari, S.KM  
Pusat Rehabilitasi YAKKUM  
Yustina Wardani  
Retno Safitri



## ACKNOWLEDGEMENT

Buku MATA HATI (Masyarakat Tangguh Sehat Jiwa) adalah buku pemantauan kesehatan GRATIS bagi penyandang gangguan jiwa di Kabupaten Sleman. Buku ini merupakan pengembangan dari GAJAH DIBELA SEMUT karya Puskesmas Godean I serta BIJI KECAMBAH karya Puskesmas Mlati II.

## DISCLAIMER

Buku MATA HATI seri pemantauan diterbitkan oleh Dinas Kesehatan Sleman yang disusun bersama perwakilan tenaga kesehatan Puskesmas, RSUD di Kabupaten Sleman, serta dibantu oleh Yayasan Nawakamal, Pusat Rehabilitasi YAKKUM, serta Tim PKRS - Keswamas RSJ Ghrasia.

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga Buku Pemantauan Kesehatan Jiwa MATA HATI bagi klien dengan gangguan jiwa dapat terbit perdana dan dimanfaatkan seluruh wilayah Kabupaten Sleman.

MATA HATI (Masyarakat Tangguh Sehat Jiwa) merupakan inovasi program kesehatan jiwa yang dirintis Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman sejak tahun 2004 dan terus dikembangkan sesuai tuntutan jaman dan kebutuhan masyarakat, hingga berhasil meraih penghargaan Top 99 Kompetisi Inovasi Pelayanan Publik Kemenpan-RB tahun 2022. Inovasi ini merupakan komitmen sekaligus bukti konkret keseriusan Pemerintah Kabupaten Sleman dalam mengelola kesehatan jiwa sebagai bagian penting mewujudkan masyarakat sejahtera dan berkualitas.

Buku MATA HATI hadir sebagai media komunikasi dan informasi antara petugas kesehatan (RS dan Puskesmas), dengan keluarga/caregiver serta kader kesehatan, untuk memantau kondisi kesehatan jiwa klien secara komprehensif, berkualitas, integratif, terukur, dan berkesinambungan, mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimum kesehatan bagi Orang dengan Gangguan Jiwa Berat.

Apresiasi setinggi-tingginya atas jerih payah tim penyusun, tim pembahas dan semua pihak yang telah berpartisipasi dalam revisi buku ini hingga dapat diterbitkan

Recover Mental Health, Make it Stronger!

dr. Cahya Purnama, M.Kes

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman

# DAFTAR ISI

1. Identitas	i
2. Tim Penyusun, Pembahas, Editor	ii
3. Kata Pengantar	iii
4. Daftar Isi	iv
5. Pengenalan Buku	1
6. Lembar Edukasi Kesehatan Jiwa	2
7. Gejala Gangguan Jiwa yang Sering Terjadi	4
8. Kegawatdaruratan Gangguan Jiwa	7
9. Alur Proses Perujukan	10
10. Cegah Risiko Bunuh Diri	12
11. Apa yang Dibutuhkan Klien?	14
12. Pemulihan	15
13. Kekambuhan	16
14. Mengatasi Stress	17
15. Lembar Pemantauan Pengobatan Rutin	19
16. Lembar KMS Jiwa	33
17. Catatan Pendampingan Kader Keswa	49
18. Lembar Posbindu	59
19. Catatan Pengelolaan Mandiri	73
20. Penutup	119
21. Referensi	120

# PENGENALAN BUKU

## INOVASI MATA HATI (Masyarakat Tangguh Sehat Jiwa)

### 01 Apa itu MATA HATI?

MATA HATI (Masyarakat Tangguh Sehat Jiwa) adalah upaya komprehensif Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dalam mencegah dan mengendalikan masalah serta gangguan kesehatan jiwa di masyarakat, melalui berbagai program promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif oleh Tim Kesehatan Jiwa yang dilengkapi oleh tenaga Psikolog Klinis diseluruh Puskesmas. Layanan kesehatan jiwa dapat diakses di Puskesmas, jemput bola ke masyarakat untuk kasus kesehatan jiwa resiko tinggi serta telekonsultasi online.

### 02 Mengapa buku ini disusun?

- Buku ini diperuntukkan khusus bagi klien gangguan jiwa sebagai upaya pemenuhan hak klien mendapatkan standar pelayanan minimal kesehatan jiwa
- Mengoptimalkan upaya kuratif dan rehabilitatif kesehatan jiwa melibatkan keluarga dan masyarakat.
- Sebagai media komunikasi dan informasi antara klien, keluarga, kader dengan tenaga kesehatan RS dan Puskesmas dalam memantau kondisi kesehatan serta untuk mencegah kekambuhan

### 03 Kapan Buku Ini Digunakan?

- Saat klien melakukan kontrol kesehatan di Puskesmas maupun Rumah Sakit;
- Saat klien mengikuti kegiatan pendampingan di Puskesmas maupun di Desa;
- Saat klien dikunjungi oleh Petugas Kesehatan pada layanan kunjungan rumah; atau dibawa klien saat bepergian/pindah ke luar daerah.

### 04 Dimana Saja Buku Ini Digunakan?

RS Rujukan, Puskesmas, Posbindu, Posyandu Kesehatan Jiwa, Kegiatan Kelompok Swabantu

### 05 Siapa Saja yang Menggunakan /Mengisi Buku Ini?

- Keluarga (lembar warna kuning)
- Kader (lembar warna merah muda)
- Tenaga Kesehatan (lembar warna putih)

### 06 Bagaimana Menggunakan Buku Ini?

Buku diisi oleh petugas kesehatan, keluarga/pendamping, maupun kader kesehatan pada saat ada kegiatan pelayanan kesehatan jiwa atau kegiatan pendampingan bagi klien dan keluarga.

# LEMBAR EDUKASI KESEHATAN JIWA

## Apa itu sehat jiwa?

Kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (UU Kesehatan Jiwa No. 18 Tahun 2014)

## Ciri-ciri sehat Jiwa

- **M**emiliki sikap positif (percaya diri)
- **A**da kemampuan tumbuh kembang untuk mencapai aktualisasi diri
- **T**ekanan hidup atau stress dapat dikelola
- **A**da tanggungjawab terhadap keputusan dan tindakan yang diambil
- **H**idup dan berpikir realistis
- **A**da kemampuan menghargai perasaan dan sikap orang lain
- **T**idak "mengakali" orang lain dan juga tidak membiarkan orang lain "mengakali" dirinya
- **I**de dan pengalaman baru dapat diterima



# LEMBAR EDUKASI KESEHATAN JIWA

## Apa itu gangguan jiwa?

Gangguan pikiran, perasaan, dan perilaku yang terlihat dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (UU Kesehatan Jiwa No. 18 Tahun 2014).

## Ciri-ciri gangguan jiwa

- Sedih berkepanjangan dalam waktu yang lama
- Kemampuan melakukan kegiatan sehari-hari (kebersihan, makan, minum, aktivitas) berkurang
- Motivasi untuk melakukan kegiatan menurun
- Marah tanpa sebab dan mengamuk
- Menyendiri dan tidak mau bergaul
- Tidak memperhatikan penampilan/kebersihan diri
- Mengatakan atau mencoba bunuh diri
- Bicara atau tertawa sendiri



# GEJALA GANGGUAN JIWA YANG SERING TERJADI

Halusinasi	Tanda dan Gejala
<p>Adalah gangguan persepsi yang terjadi pada panca indera.</p> <p>Jenis halusinasi: Halusinasi pendengaran Halusinasi penglihatan Halusinasi penciuman Halusinasi pengecapan Halusinasi perabaan</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seperti mendengar bisikan</li><li>• Merasa melihat bayangan/cahaya</li><li>• Mencium bau-bauan yang tidak sewajarnya</li><li>• Bicara sendiri, tertawa sendiri, sering melamun</li><li>• Cenderung merasa ketakutan</li></ul>



Risiko Perilaku Kekerasan	Tanda Risiko Perilaku Kekerasan
<p>Adalah reaksi marah dan/atau agresif, sehingga berisiko melukai diri sendiri dan/atau orang lain serta lingkungan.</p> <p>Perilaku kekerasan dapat berupa kemarahan berlebihan melalui ucapan atau tindakan yang merusak fisik atau lingkungan</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wajah tegang, memerah, rahang terkutup rapat, mata melotot</li><li>• Nada bicara meninggi, teriak dan keras</li><li>• Membicarakan sesuatu yang tidak jelas dan cenderung memaki</li><li>• Sikap merusak benda dengan memecah atau membanting, melukai diri sendiri dengan membenturkan kepala atau mencelakai orang lain (kalap)</li><li>• Tangan mengepal dan bersikap menyerang</li><li>• Jantung berdebar lebih kencang dan nafas cepat</li></ul>



# GEJALA GANGGUAN JIWA YANG SERING TERJADI

## Perilaku Menyendiri/ Isolasi Sosial

Adalah kondisi ketidakmampuan dan ketidakmauan untuk berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan. perilaku menolak interaksi dengan lingkungan keluarga atau masyarakat.

## Tanda Perilaku Menyendiri

- Menyendiri
- Menghindari orang lain
- Tidak mampu mengungkapkan perasaan
- Menolak keluar rumah/berhubungan dengan lingkungan



## Kurang/Defisit Perawatan Diri

Adalah ketidakmampuan dan ketidakmauan untuk merawat diri. Perawatan diri terdiri dari: kebersihan diri, berhias/berdandan, makan/minum, serta BAB/BAK pada tempatnya dan dibersihkan

## Tanda Defisit Perawatan Diri

- Badan, mulut, rambut kotor dan berbau
- Berpakaian kotor, kumal dan tidak beraturan
- Tidak mandi beberapa hari
- Berperilaku jorok
- Berdandan atau berpakaian berlebihan tidak sesuai tempat dan situasi
- BAB/BAK tidak pada tempatnya dan tidak mampu membersihkan setelahnya
- Tidak mampu makan sendiri/makan berceceran



# GEJALA GANGGUAN JIWA YANG SERING TERJADI

## Risiko Bunuh Diri

Adalah perilaku merusak diri untuk mengakhiri hidup diri sendiri. Klien secara sadar berkeinginan untuk mati sehingga melakukan tindakan-tindakan untuk mewujudkan keinginan tersebut



## Tanda Risiko Bunuh Diri

- Klien mengungkapkan kata-kata atau kalimat yang mengesankan keputusan
- Klien mencari alat bantu bunuh diri
- Perhatian klien tertanam pada hal-hal kematian
- Klien merasa tidak ada lagi masa depan
- Klien merasa bahwa bunuh diri adalah satu-satunya jalan keluar.



**“Segera konsultasikan ke puskesmas apabila menemui gejala gangguan jiwa maupun gejala kekambuhan.”**

**“Klien dapat bekerja dan produktif kembali apabila mendapatkan pendampingan dan penanganan yang tepat.”**

# KEGAWATDARURATAN GANGGUAN JIWA

**Apa itu kondisi gawat darurat gangguan jiwa?**

Kondisi gawat darurat adalah kondisi kejiwaan seseorang yang harus segera mendapatkan bantuan oleh tenaga kesehatan. Suatu gangguan dapat disebut darurat ketika gangguan tersebut mengganggu dan membahayakan baik individu yang memiliki gangguan maupun orang disekelilingnya. Kondisi kegawatdaruratan gangguan jiwa, misalnya gaduh gelisah dan risiko bunuh diri



# JIKA TERJADI KEGAWATDARURATAN

Kondisi	LAKUKAN 	HINDARI 
<p><b>Risiko Perilaku Kekerasan</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bicarakan bagaimana perasaannya</li> <li>• Bicarakan alasan/ penyebab marah</li> <li>• Dengarkan tanpa menghakimi</li> <li>• Berikan kasih sayang dan dukungan tanpa syarat</li> <li>• Berikan bantuan perawatan diri</li> <li>• Bersikap tenang, cari bantuan</li> <li>• Berada di ruang yang terbuka</li> <li>• Bicaralah dengan pelan, tegas, dan dengan kata kata sederhana</li> <li>• Berdiri di samping sambil memiringkan badan</li> <li>• Sikap terbuka, tangan bebas</li> <li>• Kelola pengobatan secara tepat jika klien sedang masa minum obat rutin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyalahkan klien</li> <li>• Mengejek, memarahi</li> <li>• Menertawakan, meremehkan</li> <li>• Menetapkan syarat untuk memberikan kasih sayang</li> <li>• Menghindari, mengabaikan/ memberikan</li> <li>• Tampak takut, cemas, panik</li> <li>• Berada di ruang tertutup dengan akses terbatas</li> <li>• Balik berteriak</li> <li>• Berdiri pada jarak dekat</li> <li>• Mengancam, tangan tidak bebas</li> <li>• Menghentikan atau mengubah dosis tanpa konsultasi dengan tenaga kesehatan</li> </ul>

# JIKA TERJADI KEGAWATDARURATAN

Kondisi	LAKUKAN 	HINDARI 
Risiko Bunuh Diri	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beritahu keluarga atau kerabat terdekat klien</li><li>• Hubungi nomor telepon darurat atau Rumah Sakit terdekat</li><li>• Cari tahu apakah klien berada di bawah pengaruh alkohol, obat-obatan atau mengalami over dosis</li><li>• Jauhkan benda yang berpotensi membahayakan</li><li>• Bila memungkinkan, bawa klien ke Rumah Sakit terdekat</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meninggalkan klien sendirian bila klien sudah melakukan tindakan percobaan bunuh diri</li></ul>

**Jika terjadi  
kegawatdaruratan**



**RUJUK**



# ALUR PROSES PERUJUKAN

Bila keluarga mampu rujuk mandiri



Keluarga

Lapor



Kader, TPKJM, dan Puskesmas



Bila keluarga tidak mampu rujuk mandiri

Keluarga



Lapor



Kader, TPKJM, dan Puskesmas

## Nomor yang dapat Dihubungi untuk Proses Rujukan

- RSJ Grhasia: (0274) 895143 ext 3418
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



Rujuk



Keluarga dapat merujuk langsung secara mandiri



IGD Rumah Sakit

Proses rujuk akan dibantu oleh kader, TPKJM, Puskesmas, atau Rumah Sakit

Rujuk



IGD Rumah Sakit

## Dokumen yang Perlu Dibawa

- Fotocopy KK
- Fotocopy KTP Pasien
- Fotocopy KTP Penanggung Jawab
- BPJS Asli/Aplikasi Mobile JKN
- Surat Rujukan Faskes 1



# CEGAH RISIKO BUNUH DIRI

## LAKUKAN



- Anjurkan orang-orang terdekat bersikap hormat dan menghargai perasaan klien
- Ajak klien mencari pengobatan
- Dorong klien untuk rutin minum obat
- Dorong klien untuk terus berkomunikasi dengan orang terdekat
- Aktif berkomunikasi dengan klien dan mengajak bersosialisasi
- Dorong klien untuk menghindari penggunaan alkohol dan narkoba
- Ajak klien mengubah pola hidupnya, dengan istirahat cukup dan teratur, makan makanan yang sehat, berolahraga, keluar rumah selama minimal 30 menit per hari
- Bantu klien mencari informasi tentang pilihan pengobatan, membuat panggilan telepon atau bahkan menawarkan untuk menemaninya berobat

## HINDARI



- Menjadikan alasan atau perilaku bunuh diri tersebut sebagai bahan lelucon
- Menggurui atau menghakimi klien dan mengatakan bunuh diri itu dosa
- Mengatakan "sabar" (karena mereka mungkin merasa tidak dimengerti)
- Memperdebatkan pikiran bunuh diri yang dimilikinya atau apakah bunuh diri itu benar atau salah.
- Mengabaikan atau meremehkan perasaannya atau membandingkan masalah yang dialaminya dengan masalah orang lain.
- Menunjukkan ketidaktertarikan atau sikap yang negatif melalui bahasa tubuh.
- Menantang untuk merealisasikan rencana bunuh dirinya.
- Mencoba mengambil alih kendali dan mengarahkan, kecuali jika klien berada dalam kondisi darurat langsung.
- Memberikan harapan palsu atau janji yang tidak realistis terhadap permasalahannya.

# CEGAH RISIKO BUNUH DIRI

## LAKUKAN



- Yakinkan bahwa pikiran bunuh diri ialah hal yang umum, dapat dialami oleh banyak orang, dan sangat mungkin untuk mendapatkan pertolongan.
- Yakinkan klien bahwa ada solusi lain untuk permasalahannya selain bunuh diri.
- Buat rencana keselamatan dan mintalah klien berjanji menjalankannya. Identifikasi terlebih dahulu pencetus keinginan bunuh dirinya, seperti: setiap ulang tahun kehilangan (kematian pasangan, rumah terbakar, dll), bertengkar, minum alkohol, dll. Identifikasi pula hal-hal yang bisa membantu untuk mencegah niatnya, seperti daftar nama teman, saudara atau dokter yang bisa diajak bicara.

## HINDARI



- Menyalahkannya karena ingin mengakhiri hidup, contohnya dengan mengatakan "Apakah kamu tidak malu melarikan diri dari masalah?" atau "Bunuh diri itu dosa".



**“ Bunuh diri dapat dicegah. Pada umumnya, orang dengan pikiran bunuh diri tidak benar-benar ingin mati. Mereka hanya tidak ingin hidup dengan luka dan merasakan sakit ”**

Sumber: Pedoman Pertolongan Pertama Psikologis Pada Upaya Bunuh Diri oleh CPMH UGM

# APA YANG DIBUTUHKAN KLIEN?

No	Kebutuhan Klien		
01		Pengobatan yang tepat dan rutin	Pengobatan yang tepat dan rutin dapat mengurangi gejala kekambuhan
02		Relasi sosial dengan lingkungan dan masyarakat	Dukungan lingkungan sosial sangat dibutuhkan untuk meningkatkan harga diri klien
03		Penerimaan penuh dari keluarga dan masyarakat	Pemahaman dan pendampingan yang baik dan nyaman dapat mengurangi munculnya pemicu kekambuhan
04		Pengelolaan yang tepat saat muncul gejala	Konsultasi dan pemeriksaan segera apabila muncul gejala-gejala
05		Aktivitas produktif	Kesempatan dan dukungan untuk terlibat dalam aktivitas produktif dapat meningkatkan harga diri klien dan mengurangi kekambuhan
06		Tempat tinggal yang layak	Tempat tinggal yang layak adalah tempat tinggal yang sehat, bersih, dan memiliki pencahayaan yang cukup
07		Kelompok dukungan sosial/ Swabantu Self Help Group (SHG)	Dukungan sebaya sesama klien dapat menjadi pelindung dan pendukung perjalanan pemulihan klien. Klien saling mendukung, memberi nasihat, hingga beraktivitas produktif kelompok.

# "Pulih itu Nyata"



## PEMULIHAN

### Apa yang dimaksud PULIH??

Pulih adalah kondisi ketika klien mampu mengelola gejala yang dirasakan, mengenali kekambuhan dan mencari pertolongan, serta dapat menjalani fungsi sehari-hari. Apabila memungkinkan, klien dapat hidup mandiri dan produktif

Pemulihan bukan perjalanan yang lurus, artinya dalam pemulihan memiliki kemungkinan untuk KAMBUH

### Yang perlu diperhatikan saat menjadi pendamping.....

#### Lakukan



- Tidak banyak mengkritik
- Menerima klien sepenuhnya
- Melibatkan klien dalam setiap aktivitas bersama
- Menghargai pendapat klien
- Melibatkan klien dalam keputusan keluarga yang penting
- Mendukung aktivitas sehari-hari
- Mendorong klien untuk menjaga kebersihan diri
- Mendampingi dalam melakukan aktivitas sehari-hari
- Memastikan klien minum obat teratur
- Memberi kesempatan klien untuk mengembangkan hobi atau melakukan aktivitas yang diinginkan
- Mendorong klien untuk terlibat dalam aktivitas masyarakat
- Menjadi pendengar yang aktif untuk klien
- Merespon gejala dengan tepat saat terjadi kekambuhan

#### Hindari



- Mencela, memusuhi, menstigma atau mengejek klien
- Mengucilkan klien
- Menjadikan klien sebagai objek *guyonan*
- Mengubah dosis obat tanpa petunjuk, perintah, atau sepengetahuan dokter/tenaga kesehatan yang merawat
- Meremehkan/mengabaikan keluhan yang dirasakan klien
- Membatasi aktivitas/kegiatan klien

# KEKAMBUHAN

## Apa yang disebut dengan "kambuh" pada gangguan jiwa?

Kambuh adalah munculnya kembali gejala – gejala gangguan jiwa yang nyata dan mengganggu aktivitas sehari-hari. Kondisi ini memerlukan penanganan baik rawat jalan maupun rawat inap.

## Penyebab kekambuhan



Mengalami tekanan peristiwa kehidupan



Kebutuhan yang tidak terpenuhi



ketidapatuhan dalam pengobatan



Respon negatif lingkungan terhadap klien



Dukungan keluarga yang menurun

## Tanda-tanda awal kekambuhan

- Mulai sering gelisah
- Mudah tersinggung
- Nampak tegang / merasa tegang
- Sulit tidur
- Sulit konsentrasi
- Minat beraktivitas menurun
- Merasa lelah tidak bertenaga
- Rawat diri menurun
- Cenderung muncul perasaan sedih

## Bagaimana mencegah kekambuhan



Identifikasi pencetus kekambuhan



Hindari pencetus kekambuhan



Sediakan dan libatkan klien dalam aktivitas sehari-hari



Patuh minum obat secara teratur



Beri dukungan yang tepat

# MENGATASI STRESS

## Stress

Situasi yang menyebabkan individu mengalami tekanan fisik dan psikologis sebagai efek dari adanya faktor-faktor yang tidak dapat diatasi dan atau melampaui kemampuan individu tersebut untuk dapat mengatasinya



## Gejala Stress

### FISIK

Misal lelah, sulit tidur, sakit kepala, mual, dsb

### PSIKOLOGIS

Misal bingung, mudah tersinggung, sulit konsentrasi, sulit membuat keputusan, dsb

### PERILAKU

Misal mondar-mandir, banyak/ sedikit makan, gangguan pola tidur dsb

### EMOSIONAL

Misal sedih, cemas, tidak sabar, mudah marah, dsb



# MENGATASI STRESS

## Mengatasi Masalah

Menghadapi masalah secara langsung melalui tindakan yang ditujukan untuk menghilangkan atau mengubah sumber-sumber stress

- Hadapi masalah secara aktif
- Merencanakan strategi penyelesaian masalah
- Fokus pada masalah yang dihadapi
- Tentukan prioritas
- Pengendalian diri, menunggu kesempatan yang tepat untuk bertindak dan tidak bertindak gegabah
- Mencari dukungan sosial, misal minta nasehat, bantuan atau informasi yang tepat dari orang lain

## Mengatasi Emosi

Meredakan emosi yang ditimbulkan oleh stressor (sumber stres), tanpa berusaha untuk mengubah suatu situasi yang menjadi sumber stress secara langsung

- Kontrol diri, berupaya mengendalikan diri dan mengatur perasaan
- Mencari dukungan sosial (simpati, perhatian) dari keluarga, teman, dsb.
- Katarsis, melepaskan emosi untuk mengurangi ketegangan atau stress
- Berpikir positif, yaitu mengubah dan mengembangkan kepribadian atau mengambil pandangan positif dari masalah (mengambil hikmah)
- Penerimaan diri, terkait masalah yang dihadapi (lebih berserah diri)





# **LEMBAR PEMANTAUAN PENGOBATAN RUTIN**

---

Diisi oleh tenaga kesehatan rumah sakit/puskesmas



# LEMBAR PEMERIKSAAN

Lembar Pemantauan Kontrol Rutin (Diisi Oleh Tenaga Kesehatan)

NO	Hari/ Tanggal	Keluhan	Kelolaan Keperawatan	Terapi Medis	Terapi Psikologi	Rekomendasi Tindak Lanjut	Waktu Kembali	Paraf

# LEMBAR PEMERIKSAAN

Lembar Pemantauan Kontrol Rutin (Diisi Oleh Tenaga Kesehatan)

NO	Hari/ Tanggal	Keluhan	Kelolaan Keperawatan	Terapi Medis	Terapi Psikologi	Rekomendasi Tindak Lanjut	Waktu Kembali	Paraf

# LEMBAR PEMERIKSAAN

Lembar Pemantauan Kontrol Rutin (Diisi Oleh Tenaga Kesehatan)

NO	Hari/ Tanggal	Keluhan	Kelolaan Keperawatan	Terapi Medis	Terapi Psikologi	Rekomendasi Tindak Lanjut	Waktu Kembali	Paraf

# LEMBAR PEMERIKSAAN

Lembar Pemantauan Kontrol Rutin (Diisi Oleh Tenaga Kesehatan)

NO	Hari/ Tanggal	Keluhan	Kelolaan Keperawatan	Terapi Medis	Terapi Psikologi	Rekomendasi Tindak Lanjut	Waktu Kembali	Paraf

# LEMBAR PEMERIKSAAN

Lembar Pemantauan Kontrol Rutin (Diisi Oleh Tenaga Kesehatan)

NO	Hari/ Tanggal	Keluhan	Kelolaan Keperawatan	Terapi Medis	Terapi Psikologi	Rekomendasi Tindak Lanjut	Waktu Kembali	Paraf

# LEMBAR PEMERIKSAAN

Lembar Pemantauan Kontrol Rutin (Diisi Oleh Tenaga Kesehatan)

NO	Hari/ Tanggal	Keluhan	Kelolaan Keperawatan	Terapi Medis	Terapi Psikologi	Rekomendasi Tindak Lanjut	Waktu Kembali	Paraf

# LEMBAR PEMERIKSAAN

Lembar Pemantauan Kontrol Rutin (Diisi Oleh Tenaga Kesehatan)

NO	Hari/ Tanggal	Keluhan	Kelolaan Keperawatan	Terapi Medis	Terapi Psikologi	Rekomendasi Tindak Lanjut	Waktu Kembali	Paraf

# LEMBAR PEMERIKSAAN

Lembar Pemantauan Kontrol Rutin (Diisi Oleh Tenaga Kesehatan)

NO	Hari/ Tanggal	Keluhan	Kelolaan Keperawatan	Terapi Medis	Terapi Psikologi	Rekomendasi Tindak Lanjut	Waktu Kembali	Paraf

# LEMBAR PEMERIKSAAN

Lembar Pemantauan Kontrol Rutin (Diisi Oleh Tenaga Kesehatan)

NO	Hari/ Tanggal	Keluhan	Kelolaan Keperawatan	Terapi Medis	Terapi Psikologi	Rekomendasi Tindak Lanjut	Waktu Kembali	Paraf

# LEMBAR PEMERIKSAAN

Lembar Pemantauan Kontrol Rutin (Diisi Oleh Tenaga Kesehatan)

NO	Hari/ Tanggal	Keluhan	Kelolaan Keperawatan	Terapi Medis	Terapi Psikologi	Rekomendasi Tindak Lanjut	Waktu Kembali	Paraf

# LEMBAR PEMERIKSAAN

Lembar Pemantauan Kontrol Rutin (Diisi Oleh Tenaga Kesehatan)

NO	Hari/ Tanggal	Keluhan	Kelolaan Keperawatan	Terapi Medis	Terapi Psikologi	Rekomendasi Tindak Lanjut	Waktu Kembali	Paraf

# LEMBAR PEMERIKSAAN

Lembar Pemantauan Kontrol Rutin (Diisi Oleh Tenaga Kesehatan)

NO	Hari/ Tanggal	Keluhan	Kelolaan Keperawatan	Terapi Medis	Terapi Psikologi	Rekomendasi Tindak Lanjut	Waktu Kembali	Paraf



Lembaran untuk duplikat di Puskesmas

Nama : .....

Usia : .....

Alamat : .....

No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas

Riwayat alergi obat

- .....
- .....
- .....

Lembaran untuk duplikat di Puskesmas

Nama : .....

Usia : .....

Alamat : .....

No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas

Riwayat alergi obat:

- .....
- .....
- .....





Lembaran untuk duplikat di Puskesmas

Nama : .....

Usia : .....

Alamat : .....

No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas

Riwayat alergi obat:

- .....
- .....
- .....

Lembaran untuk duplikat di Puskesmas

Nama : .....

Usia : .....

Alamat : .....

No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas

Riwayat alergi obat:

- .....
- .....
- .....





Lembaran untuk duplikat di Puskesmas

Nama : .....

Usia : .....

Alamat : .....

No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas

Riwayat alergi obat:

- .....
- .....
- .....

Lembaran untuk duplikat di Puskesmas

Nama : .....

Usia : .....

Alamat : .....

No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas

Riwayat alergi obat:

- .....
- .....
- .....





Lembaran untuk duplikat di Puskesmas

Nama : .....

Usia : .....

Alamat : .....

No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas

Riwayat alergi obat:

- .....
- .....
- .....

Lembaran untuk duplikat di Puskesmas

Nama : .....

Usia : .....

Alamat : .....

No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas

Riwayat alergi obat:

- .....
- .....
- .....





Lembaran untuk duplikat di Puskesmas

Nama : .....

Usia : .....

Alamat : .....

No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas

Riwayat alergi obat:

- .....
- .....
- .....

Lembaran untuk duplikat di Puskesmas

Nama : .....

Usia : .....

Alamat : .....

No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas

Riwayat alergi obat:

- .....
- .....
- .....





Lembaran untuk duplikat di Puskesmas

Nama : .....

Usia : .....

Alamat : .....

No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas

Riwayat alergi obat:

- .....
- .....
- .....

Lembaran untuk duplikat di Puskesmas

Nama : .....

Usia : .....

Alamat : .....

No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas	No	Obat (Jenis dan Jumlah)	Tgl datang	Tanggal Kembali	TTD Petugas

Riwayat alergi obat:

- .....
- .....
- .....





# LEMBAR KMS JIWA

---

Diisi oleh tenaga kesehatan rumah sakit/puskesmas



# PEDOMAN PEMERIKSAAN KONDISI KLIEN

Pilih skor yang sesuai dengan kondisi pasien

GADUH GELISAH	SKOR
Tidak ditemukan adanya gaduh gelisah	1
Gaduh gelisah minimal, keadaan patologis diragukan	2
Ringan: cenderung sedikit agitatif, waspada berlebihan, atau sedikit mudah terangsang selama anamnesis, tetapi tanpa episode gaduh gelisah yang jelas atau labilitas alam perasaan yang mencolok	3
Sedang: agitasi atau mudah terangsang yang jelas terbukti selama anamnesis, mempengaruhi pembicaraan dan mobilitas umum atau ledakan-ledakan episodik yang terjadi secara sporadik	4
Agak berat: tampak hiperaktivitas yang bermakna, atau sering terjadi ledakan-ledakan atau aktivitas motorik yang menyebabkan kesulitan bagi pasien tetap duduk untuk waktu yang lebih lama dari beberapa menit dalam setiap kesempatan	5
Berat: gaduh gelisah yang mencolok mendominasi anamnesis, membatasi perhatian, sedemikian rupa sehingga mempengaruhi fungsi sehari-hari, seperti makan dan tidur	6
Sangat berat: gaduh gelisah yang mencolok, secara serius mempengaruhi kegiatan makan dan tidur, serta jelas tidak memungkinkan interaksi interpersonal, percepatan bicara, dan aktivitas motorik dapat menimbulkan inkoherensi dan kelelahan	7
KETEGANGAN	SKOR
Tidak ditemukan adanya ketegangan	1
Ketegangan minimal, keadaan patologis diragukan	2
Ringan: postur dan gerakan-gerakan yang menunjukkan kekhawatiran ringan, ketidaktenangan yang sesekali timbul, perubahan posisi, dan tremor tangan yang halus dan cepat	3
Sedang: suatu penampilan yang nyata-nyata gelisah yang terbukti dari adanya berbagai manifestasi, seperti perilaku tidak tenang, tremor tangan yang nyata, keringat berlebihan, dan manerisme karena gugup	4
Agak berat: ketegangan yang berat yang dibuktikan oleh berbagai manifestasi, seperti gemetar karena gugup, keringat yang berlebihan, dan ketidatenangan. Tetapi perilaku selama anamnesis tidak terpengaruh secara bermakna	5
Berat: ketegangan berat sehingga interaksi interpersonal terganggu. Misalnya pasien terus menerus bergerak, tidak dapat tetap duduk untuk waktu yang lama, atau menunjukkan hiperventilasi	6
Sangat berat: ketegangan yang sempat mencolok yang dimanifestasikan sebagai tanda-tanda panik atau percepatan gerakan motoric kasar, seperti langkah cepat yang gelisah dan ketidakmampuan untuk tetap duduk tenang dalam waktu lebih lama dari satu menit, sehingga anamnesis tidak bisa dilanjutkan	7

# PEDOMAN PEMERIKSAAN KONDISI KLIEN

Pilih skor yang sesuai dengan kondisi pasien

PERMUSUHAN	SKOR
Tidak ditemukan adanya permusuhan	1
Permusuhan minimal, keadaan patologis diragukan	2
Ringan: melampiasikan kemarahan secara tidak langsung atau ditahan, seperti sarkasme, sikap tidak sopan, ekspresi bermusuhan, dan kadang-kadang iritabilitas	3
Sedang: adanya sikap bermusuhan yang nyata, sering memperlihatkan iritabilitas, dan ekspresi kemarahan atau kebencian yang langsung	4
Agak berat: pasien sangat mudah marah dan kadang-kadang memaki dengan kata-kata kasar atau mengancam	5
Berat: tidak kooperatif dan mencaci maki dengan kasar atau mengancam, khususnya dalam upaya mempengaruhi pemeriksa, dan berdampak serius terhadap hubungan sosial. Pasien dapat beringas dan merusak tapi tidak menyerang orang lain secara fisik	6
Sangat berat: kemarahan yang hebat yang mengakibatkan subyek sangat tidak kooperatif, menghalangi interaksi, atau secara episodik melakukan penyerangan fisik terhadap orang lain	7
KETIDAKKOOPERATIFAN	SKOR
Tidak ditemukan adanya ketidakkooperatifan	1
Tidak kooperatif minimal, keadaan patologis diragukan	2
Ringan: patuh tapi disertai sikap marah, tidak sabar, atau sarkasme, mungkin ada penolakan yang tidak mengganggu penyelidikan terhadap masalah-masalah sensitif selama anamnesis	3
Sedang: kadang-kadang terdapat penolakan langsung untuk patuh terhadap tuntutan sosial yang normal, seperti merapikan tempat tidur atau mengikuti kegiatan sesuai jadwal. Pasien mungkin memproyeksikan hostilitas, defensif, atau bersifat negatif, tetapi biasanya masih dapat diatasi	4
Agak berat: pasien sering kali tidak patuh terhadap tuntutan lingkungan dan mungkin sering disebut sebagai orang yang mempunyai masalah sikap yang serius. Ketidakkoooperatifan tercermin jelas dalam sikap defensif atau iritabilitas terhadap pemeriksa dan mungkin tidak bersedia menghadapi banyak pertanyaan	5
Berat: pasien sangat tidak kooperatif, negativistik, dan mungkin membangkang. Menolak untuk patuh terhadap sebagian besar tuntutan sosial dan mungkin tidak mau memulai atau mengikuti anamnesis sepenuhnya	6
Sangat berat: resistensi aktif yang jelas berdampak serius terhadap hamper seluruh fungsi. Pasien mungkin menolak untuk ikut berpartisipasi dalam aktivitas sosial apa pun, mengurus kebersihan diri, bercakap-cakap dengan keluarga, dan bahkan untuk berpartisipasi dalam anamnesis yang singkat sekalipun	7

# PEDOMAN PEMERIKSAAN KONDISI KLIEN

Pilih skor yang sesuai dengan kondisi pasien

PENGENDALIAN IMPULS YANG BURUK	SKOR
Tidak ditemukan adanya pengendalian impuls yang buruk	1
Minimal, patologis diragukan	2
Ringan: pasien cenderung mudah marah dan frustrasi bila menghadapi stres atau pemuasannya ditolak, tapi jarang bertindak impulsif	3
Sedang: dengan provokasi minimal, pasien menjadi marah dan mencaci maki. Mungkin sesekali mengancam, merusak, atau terdapat satu-dua episode yang melibatkan konfrontasi fisik atau perselisihan ringan	4
Agak berat: pasien memperlihatkan episode impulsif yang berulang-ulang termasuk mencaci maki, merusak harta benda, atau ancaman fisik. Mungkin ada satu atau dua episode yang melibatkan serangan serius hingga pasien perlu diisolasi, difiksasi, atau bila perlu diberikan sedasi	5
Berat: pasien sering menunjukkan agresivitas secara impulsif, mengancam, menuntut, dan merusak, tanpa mempertimbangkan konsekuensinya. Menunjukkan perilaku menyerang dan mungkin juga serangan seksual, atau berperilaku yang merupakan respon terhadap perintah yang bersifat halusinasi	6
Sangat berat: pasien memperlihatkan serangan yang nyata mengancam keselamatan orang, penyerangan seksual, perilaku brutal yang berulang, atau perilaku menyakiti diri sendiri	7
<b>TOTAL SKOR PEMERIKSAAN</b>	

## Indikasi Rawat Inap

### Interpretasi:

- Skor total 5 – 9 : **Rawat jalan**
  - Skor total 10 – 14 dan ada satu atau lebih komponen dengan skor 4 ke atas **Indikasi intervensi medis**
- Skor total 15 – 19 dan ada satu atau lebih komponen dengan skor 5 ke atas atau risiko menyakiti diri sendiri dan orang lain: **Indikasi rawat inap**

- Membahayakan diri sendiri dan orang lain (termasuk ancaman bunuh diri, gagasan bunuh diri, gelagat tidak biasa disertai dengan percobaan bunuh diri, dan percobaan bunuh diri)
- Perawatan di rumah tidak memadai (tidak ada sistem dukungan sosial yang kuat)
- Perlu observasi lebih lanjut





















## GRAFIK PEMERIKSAAN KONDISI KLIEN

(diberi tanda titik pada kolom total skor dan bulan pemeriksaan)

>19																				
19																				
18																				
17																				
16																				
15																				
14																				
13																				
12																				
11																				
10																				
9																				
8																				
7																				
6																				
5																				

Skor

Bulan



Rawat Jalan



Indikasi Intervensi Medis



Indikasi Rawat Inap  
(Rujuk RSJ/IGD)



# **CATATAN PENDAMPINGAN KADER KESWA**

Diisi oleh kader/penyelenggara acara



# KEGIATAN PENDAMPINGAN

No.	Hari/ Tanggal	Lokasi Kegiatan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut	Tanggal Pertemuan Selanjutnya	Nama Petugas	Paraf Petugas



# KEGIATAN PENDAMPINGAN

No.	Hari/ Tanggal	Lokasi Kegiatan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut	Tanggal Pertemuan Selanjutnya	Nama Petugas	Paraf Petugas

# KEGIATAN PENDAMPINGAN

No.	Hari/ Tanggal	Lokasi Kegiatan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut	Tanggal Pertemuan Selanjutnya	Nama Petugas	Paraf Petugas

# KEGIATAN PENDAMPINGAN

No.	Hari/ Tanggal	Lokasi Kegiatan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut	Tanggal Pertemuan Selanjutnya	Nama Petugas	Paraf Petugas

# KEGIATAN PENDAMPINGAN

No.	Hari/ Tanggal	Lokasi Kegiatan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut	Tanggal Pertemuan Selanjutnya	Nama Petugas	Paraf Petugas

# KEGIATAN PENDAMPINGAN

No.	Hari/ Tanggal	Lokasi Kegiatan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut	Tanggal Pertemuan Selanjutnya	Nama Petugas	Paraf Petugas



# LEMBAR POSBINDU

Diisi oleh kader/penyelenggara acara



# LEMBAR PEMANTAUAN KESEHATAN (POSBINDU)

No.	Hari/ Tanggal	Kegiatan	Tinggi Badan (Cm)	Berat Badan (Kg)	Lingkar Pinggang (Cm)	Tekanan Darah (mmHg)	Gula Darah	Asam Urut	Nasihat yang disampaikan	Keterangan • Nama Pelayanan • Nama Pemeriksaan (Paraf)

# LEMBAR PEMANTAUAN KESEHATAN (POSBINDU)

No.	Hari/ Tanggal	Kegiatan	Tinggi Badan (Cm)	Berat Badan (Kg)	Lingkar Pinggang (Cm)	Tekanan Darah (mmHg)	Gula Darah	Asam Urut	Nasihat yang disampaikan	Keterangan • Nama Pelayanan • Nama Pemeriksaan (Paraf)

# LEMBAR PEMANTAUAN KESEHATAN (POSBINDU)

No.	Hari/ Tanggal	Kegiatan	Tinggi Badan (Cm)	Berat Badan (Kg)	Lingkar Pinggang (Cm)	Tekanan Darah (mmHg)	Gula Darah	Asam Urut	Nasihat yang disampaikan	Keterangan • Nama Pelayanan • Nama Pemeriksaan (Paraf)

# LEMBAR PEMANTAUAN KESEHATAN (POSBINDU)

No.	Hari/ Tanggal	Kegiatan	Tinggi Badan (Cm)	Berat Badan (Kg)	Lingkar Pinggang (Cm)	Tekanan Darah (mmHg)	Gula Darah	Asam Urut	Nasihat yang disampaikan	Keterangan • Nama Pelayanan • Nama Pemeriksaan (Paraf)

# LEMBAR PEMANTAUAN KESEHATAN (POSBINDU)

No.	Hari/ Tanggal	Kegiatan	Tinggi Badan (Cm)	Berat Badan (Kg)	Lingkar Pinggang (Cm)	Tekanan Darah (mmHg)	Gula Darah	Asam Urut	Nasihat yang disampaikan	Keterangan • Nama Pelayanan • Nama Pemeriksa (Paraf)

# LEMBAR PEMANTAUAN KESEHATAN (POSBINDU)

No.	Hari/ Tanggal	Kegiatan	Tinggi Badan (Cm)	Berat Badan (Kg)	Lingkar Pinggang (Cm)	Tekanan Darah (mmHg)	Gula Darah	Asam Urut	Nasihat yang disampaikan	Keterangan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nama Pelayanan</li> <li>• Nama Pemeriksaan (Paraf)</li> </ul>

# LEMBAR PEMANTAUAN KESEHATAN (POSBINDU)

No.	Hari/ Tanggal	Kegiatan	Tinggi Badan (Cm)	Berat Badan (Kg)	Lingkar Pinggang (Cm)	Tekanan Darah (mmHg)	Gula Darah	Asam Urut	Nasihat yang disampaikan	Keterangan • Nama Pelayanan • Nama Pemeriksaan (Paraf)



# LEMBAR PEMANTAUAN KESEHATAN (POSBINDU)

No.	Hari/ Tanggal	Kegiatan	Tinggi Badan (Cm)	Berat Badan (Kg)	Lingkar Pinggang (Cm)	Tekanan Darah (mmHg)	Gula Darah	Asam Urut	Nasihat yang disampaikan	Keterangan • Nama Pelayanan • Nama Pemeriksaan (Paraf)

# LEMBAR PEMANTAUAN KESEHATAN (POSBINDU)

No.	Hari/ Tanggal	Kegiatan	Tinggi Badan (Cm)	Berat Badan (Kg)	Lingkar Pinggang (Cm)	Tekanan Darah (mmHg)	Gula Darah	Asam Urut	Nasihat yang disampaikan	Keterangan • Nama Pelayanan • Nama Pemeriksaan (Paraf)

# LEMBAR PEMANTAUAN KESEHATAN (POSBINDU)

No.	Hari/ Tanggal	Kegiatan	Tinggi Badan (Cm)	Berat Badan (Kg)	Lingkar Pinggang (Cm)	Tekanan Darah (mmHg)	Gula Darah	Asam Urut	Nasihat yang disampaikan	Keterangan <ul style="list-style-type: none"><li>• Nama Pelayanan</li><li>• Nama Pemeriksaan (Paraf)</li></ul>

# LEMBAR PEMANTAUAN KESEHATAN (POSBINDU)

No.	Hari/ Tanggal	Kegiatan	Tinggi Badan (Cm)	Berat Badan (Kg)	Lingkar Pinggang (Cm)	Tekanan Darah (mmHg)	Gula Darah	Asam Urut	Nasihat yang disampaikan	Keterangan <ul style="list-style-type: none"><li>• Nama Pelayanan</li><li>• Nama Pemeriksaan (Paraf)</li></ul>



# **CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI**

Diisi oleh keluarga



# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....				
		M	B	T	M	M	B	T	M	M	B	T		
A	<p>AKTIVITAS SEHARI-HARI/ Activites Daily Living (ADL)</p> <p>Kemampuan klien dalam melakukan rawat diri atau aktivitas sehari-hari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandi dengan benar dan bersih</li> <li>• Buang air besar/buang air kecil dengan bersih</li> <li>• Mengganti pakaian</li> <li>• Membereskan pakaian kotor</li> <li>• Membereskan tempat tidur</li> <li>• Mengambil makanan dengan rapi</li> <li>• Mempersiapkan makanan</li> <li>• Membersihkan ruangan</li> </ul>													
B	<p>SOSIALISASI</p> <p>Kemampuan klien untuk berinteraksi dengan orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ngobrol dengan teman</li> <li>• Ngobrol dengan keluarga</li> <li>• Mendengarkan saran dari keluarga</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan sendiri</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan umum</li> <li>• Mengikuti kegiatan keluarga</li> <li>• Mengikuti kegiatan masyarakat</li> </ul>													

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....							
		M	B	T	M	B	T	M	B	T	M	B	T				
C	PENGELOLAAN PENGOBATAN																
	Kemampuan klien dalam mematuhi proses pengobatan																
1	• Kepatuhan minum obat sesuai anjuran																
2	• Minum obat tepat waktu																
3	• Kontrol rutin																
4	• Kesadaran akan tanda-tanda kekambuhan																
Catatan Kondisi Khusus																	

## Petunjuk Pengisian:

- Silahkan memberi tanda cek (✓) pada kolom yang telah disediakan.
- Jika jawaban bapak/ibu adalah:
  - Dilakukan sendiri (mandiri) oleh Klien, maka isilah pada kolom **M**
  - Dilakukan Klien dengan bantuan, maka isilah pada kolom **B**
  - Tidak Pernah dilakukan Klien, maka isilah pada kolom **T**
- Semua aktivitas diharapkan dapat diisi semuanya dengan jujur

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....			
		M	B	T	M	B	T	M	B	T	M	B	T
A	<p>AKTIVITAS SEHARI-HARI/ Activites Daily Living (ADL)</p> <p>Kemampuan klien dalam melakukan rawat diri atau aktivitas sehari-hari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandi dengan benar dan bersih</li> <li>• Buang air besar/buang air kecil dengan bersih</li> <li>• Mengganti pakaian</li> <li>• Membereskan pakaian kotor</li> <li>• Membereskan tempat tidur</li> <li>• Mengambil makanan dengan rapi</li> <li>• Mempersiapkan makanan</li> <li>• Membersihkan ruangan</li> </ul>												
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
B	<p>SOSIALISASI</p> <p>Kemampuan klien untuk berinteraksi dengan orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ngobrol dengan teman</li> <li>• Ngobrol dengan keluarga</li> <li>• Mendengarkan saran dari keluarga</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan sendiri</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan umum</li> <li>• Mengikuti kegiatan keluarga</li> <li>• Mengikuti kegiatan masyarakat</li> </ul>												
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....							
		M	B	T	M	B	T	M	B	T	M	B	T				
C	PENGELOLAAN PENGOBATAN																
	Kemampuan klien dalam mematuhi proses pengobatan																
1	• Kepatuhan minum obat sesuai anjuran																
2	• Minum obat tepat waktu																
3	• Kontrol rutin																
4	• Kesadaran akan tanda-tanda kekambuhan																
Catatan Kondisi Khusus																	

## Petunjuk Pengisian:

- Silahkan memberi tanda cek (√) pada kolom yang telah disediakan.
- Jika jawaban bapak/ibu adalah:
  - Dilakukan sendiri (mandiri) oleh Klien, maka isilah pada kolom **M**
  - Dilakukan Klien dengan bantuan, maka isilah pada kolom **B**
  - Tidak Pernah dilakukan Klien, maka isilah pada kolom **T**
- Semua aktivitas diharapkan dapat diisi semuanya dengan jujur

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....					
		M	B	T	M	M	B	T	M	M	B	T			
A	<p>AKTIVITAS SEHARI-HARI/ Activites Daily Living (ADL)</p> <p>Kemampuan klien dalam melakukan rawat diri atau aktivitas sehari-hari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandi dengan benar dan bersih</li> <li>• Buang air besar/buang air kecil dengan bersih</li> <li>• Mengganti pakaian</li> <li>• Membereskan pakaian kotor</li> <li>• Membereskan tempat tidur</li> <li>• Mengambil makanan dengan rapi</li> <li>• Mempersiapkan makanan</li> <li>• Membersihkan ruangan</li> </ul>														
B	<p>SOSIALISASI</p> <p>Kemampuan klien untuk berinteraksi dengan orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ngobrol dengan teman</li> <li>• Ngobrol dengan keluarga</li> <li>• Mendengarkan saran dari keluarga</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan sendiri</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan umum</li> <li>• Mengikuti kegiatan keluarga</li> <li>• Mengikuti kegiatan masyarakat</li> </ul>														

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....								
		M	B	T	M	B	T	M	B	T	M	B	T					
C	PENGELOLAAN PENGOBATAN																	
	Kemampuan klien dalam mematuhi proses pengobatan																	
1	• Kepatuhan minum obat sesuai anjuran																	
2	• Minum obat tepat waktu																	
3	• Kontrol rutin																	
4	• Kesadaran akan tanda-tanda kekambuhan																	
Catatan Kondisi Khusus																		

## Petunjuk Pengisian:

- Silahkan memberi tanda cek (✓) pada kolom yang telah disediakan.
- Jika jawaban bapak/ibu adalah:
  - Dilakukan sendiri (mandiri) oleh Klien, maka isilah pada kolom **M**
  - Dilakukan Klien dengan bantuan, maka isilah pada kolom **B**
  - Tidak Pernah dilakukan Klien, maka isilah pada kolom **T**
- Semua aktivitas diharapkan dapat diisi semuanya dengan jujur

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....				
		M	B	T	M	M	B	T	M	M	B	T		
A	<b>AKTIVITAS SEHARI-HARI/ Activites Daily Living (ADL)</b> Kemampuan klien dalam melakukan rawat diri atau aktivitas sehari-hari													
1	• Mandi dengan benar dan bersih													
2	• Buang air besar/buang air kecil dengan bersih													
3	• Mengganti pakaian													
4	• Membereskan pakaian kotor													
5	• Membereskan tempat tidur													
6	• Mengambil makanan dengan rapi													
7	• Mempersiapkan makanan													
8	• Membersihkan ruangan													
B	<b>SOSIALISASI</b> Kemampuan klien untuk berinteraksi dengan orang lain													
1	• Ngobrol dengan teman													
2	• Ngobrol dengan keluarga													
3	• Mendengarkan saran dari keluarga													
4	• Bepergian dengan kendaraan sendiri													
5	• Bepergian dengan kendaraan umum													
6	• Mengikuti kegiatan keluarga													
7	• Mengikuti kegiatan masyarakat													

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....							
		M	B	T	M	B	T	M	B	T	M	B	T				
C	PENGELOLAAN PENGOBATAN																
	Kemampuan klien dalam mematuhi proses pengobatan																
1	• Kepatuhan minum obat sesuai anjuran																
2	• Minum obat tepat waktu																
3	• Kontrol rutin																
4	• Kesadaran akan tanda-tanda kekambuhan																
Catatan Kondisi Khusus																	

Petunjuk Pengisian:

1. Silahkan memberi tanda cek (√) pada kolom yang telah disediakan.
2. Jika jawaban bapak/ibu adalah:
  - Dilakukan sendiri (mandiri) oleh Klien, maka isilah pada kolom **M**
  - Dilakukan Klien dengan bantuan, maka isilah pada kolom **B**
  - Tidak Pernah dilakukan Klien, maka isilah pada kolom **T**
3. Semua aktivitas diharapkan dapat diisi semuanya dengan jujur

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....			
		M	B	T	M	B	T	M	B	T	M	B	T
A	<p>AKTIVITAS SEHARI-HARI/ Activites Daily Living (ADL)</p> <p>Kemampuan klien dalam melakukan rawat diri atau aktivitas sehari-hari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandi dengan benar dan bersih</li> <li>• Buang air besar/buang air kecil dengan bersih</li> <li>• Mengganti pakaian</li> <li>• Membereskan pakaian kotor</li> <li>• Membereskan tempat tidur</li> <li>• Mengambil makanan dengan rapi</li> <li>• Mempersiapkan makanan</li> <li>• Membersihkan ruangan</li> </ul>												
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
B	<p>SOSIALISASI</p> <p>Kemampuan klien untuk berinteraksi dengan orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ngobrol dengan teman</li> <li>• Ngobrol dengan keluarga</li> <li>• Mendengarkan saran dari keluarga</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan sendiri</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan umum</li> <li>• Mengikuti kegiatan keluarga</li> <li>• Mengikuti kegiatan masyarakat</li> </ul>												
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....							
		M	B	T	M	B	T	M	B	T	M	B	T				
C	PENGELOLAAN PENGOBATAN																
	Kemampuan klien dalam mematuhi proses pengobatan																
1	• Kepatuhan minum obat sesuai anjuran																
2	• Minum obat tepat waktu																
3	• Kontrol rutin																
4	• Kesadaran akan tanda-tanda kekambuhan																
Catatan Kondisi Khusus																	

Petunjuk Pengisian:

1. Silahkan memberi tanda cek (√) pada kolom yang telah disediakan.
2. Jika jawaban bapak/ibu adalah:
  - Dilakukan sendiri (mandiri) oleh Klien, maka isilah pada kolom **M**
  - Dilakukan Klien dengan bantuan, maka isilah pada kolom **B**
  - Tidak Pernah dilakukan Klien, maka isilah pada kolom **T**
3. Semua aktivitas diharapkan dapat diisi semuanya dengan jujur

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....			
		M	B	T	M	B	T	M	B	T	M	B	T
A	<p>AKTIVITAS SEHARI-HARI/ Activites Daily Living (ADL)</p> <p>Kemampuan klien dalam melakukan rawat diri atau aktivitas sehari-hari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandi dengan benar dan bersih</li> <li>• Buang air besar/buang air kecil dengan bersih</li> <li>• Mengganti pakaian</li> <li>• Membereskan pakaian kotor</li> <li>• Membereskan tempat tidur</li> <li>• Mengambil makanan dengan rapi</li> <li>• Mempersiapkan makanan</li> <li>• Membersihkan ruangan</li> </ul>												
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
B	<p>SOSIALISASI</p> <p>Kemampuan klien untuk berinteraksi dengan orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ngobrol dengan teman</li> <li>• Ngobrol dengan keluarga</li> <li>• Mendengarkan saran dari keluarga</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan sendiri</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan umum</li> <li>• Mengikuti kegiatan keluarga</li> <li>• Mengikuti kegiatan masyarakat</li> </ul>												
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....							
		M	B	T	M	B	T	M	B	T	M	B	T				
C	PENGELOLAAN PENGOBATAN																
	Kemampuan klien dalam mematuhi proses pengobatan																
1	• Kepatuhan minum obat sesuai anjuran																
2	• Minum obat tepat waktu																
3	• Kontrol rutin																
4	• Kesadaran akan tanda-tanda kekambuhan																
Catatan Kondisi Khusus																	

## Petunjuk Pengisian:

- Silahkan memberi tanda cek (✓) pada kolom yang telah disediakan.
- Jika jawaban bapak/ibu adalah:
  - Dilakukan sendiri (mandiri) oleh Klien, maka isilah pada kolom **M**
  - Dilakukan Klien dengan bantuan, maka isilah pada kolom **B**
  - Tidak Pernah dilakukan Klien, maka isilah pada kolom **T**
- Semua aktivitas diharapkan dapat diisi semuanya dengan jujur



# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....			
		M	B	T	M	B	T	M	B	T	M	B	T
C	PENGELOLAAN PENGOBATAN												
	Kemampuan klien dalam mematuhi proses pengobatan												
1	• Kepatuhan minum obat sesuai anjuran												
2	• Minum obat tepat waktu												
3	• Kontrol rutin												
4	• Kesadaran akan tanda-tanda kekambuhan												
Catatan Kondisi Khusus													

Petunjuk Pengisian:

1. Silahkan memberi tanda cek (√) pada kolom yang telah disediakan.
2. Jika jawaban bapak/ibu adalah:
  - Dilakukan sendiri (mandiri) oleh Klien, maka isilah pada kolom **M**
  - Dilakukan Klien dengan bantuan, maka isilah pada kolom **B**
  - Tidak Pernah dilakukan Klien, maka isilah pada kolom **T**
3. Semua aktivitas diharapkan dapat diisi semuanya dengan jujur

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....						
		M	B	T	M	M	B	T	M	M	B	T				
A	<b>AKTIVITAS SEHARI-HARI/ Activites Daily Living (ADL)</b> Kemampuan klien dalam melakukan rawat diri atau aktivitas sehari-hari <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandi dengan benar dan bersih</li> <li>• Buang air besar/buang air kecil dengan bersih</li> <li>• Mengganti pakaian</li> <li>• Membereskan pakaian kotor</li> <li>• Membereskan tempat tidur</li> <li>• Mengambil makanan dengan rapi</li> <li>• Mempersiapkan makanan</li> <li>• Membersihkan ruangan</li> </ul>															
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
B	<b>SOSIALISASI</b> Kemampuan klien untuk berinteraksi dengan orang lain <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ngobrol dengan teman</li> <li>• Ngobrol dengan keluarga</li> <li>• Mendengarkan saran dari keluarga</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan sendiri</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan umum</li> <li>• Mengikuti kegiatan keluarga</li> <li>• Mengikuti kegiatan masyarakat</li> </ul>															
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....							
		M	B	T	M	B	T	M	B	T	M	B	T				
C	PENGELOLAAN PENGOBATAN																
	Kemampuan klien dalam mematuhi proses pengobatan																
1	• Kepatuhan minum obat sesuai anjuran																
2	• Minum obat tepat waktu																
3	• Kontrol rutin																
4	• Kesadaran akan tanda-tanda kekambuhan																
Catatan Kondisi Khusus																	

## Petunjuk Pengisian:

- Silahkan memberi tanda cek (✓) pada kolom yang telah disediakan.
- Jika jawaban bapak/ibu adalah:
  - Dilakukan sendiri (mandiri) oleh Klien, maka isilah pada kolom **M**
  - Dilakukan Klien dengan bantuan, maka isilah pada kolom **B**
  - Tidak Pernah dilakukan Klien, maka isilah pada kolom **T**
- Semua aktivitas diharapkan dapat diisi semuanya dengan jujur

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....					
		M	B	T	M	M	B	T	M	M	B	T			
A	<p>AKTIVITAS SEHARI-HARI/ Activites Daily Living (ADL)</p> <p>Kemampuan klien dalam melakukan rawat diri atau aktivitas sehari-hari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandi dengan benar dan bersih</li> <li>• Buang air besar/buang air kecil dengan bersih</li> <li>• Mengganti pakaian</li> <li>• Membereskan pakaian kotor</li> <li>• Membereskan tempat tidur</li> <li>• Mengambil makanan dengan rapi</li> <li>• Mempersiapkan makanan</li> <li>• Membersihkan ruangan</li> </ul>														
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
B	<p>SOSIALISASI</p> <p>Kemampuan klien untuk berinteraksi dengan orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ngobrol dengan teman</li> <li>• Ngobrol dengan keluarga</li> <li>• Mendengarkan saran dari keluarga</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan sendiri</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan umum</li> <li>• Mengikuti kegiatan keluarga</li> <li>• Mengikuti kegiatan masyarakat</li> </ul>														
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....			
		M	B	T	M	B	T	M	B	T	M	B	T
C	PENGELOLAAN PENGOBATAN												
	Kemampuan klien dalam mematuhi proses pengobatan												
1	• Kepatuhan minum obat sesuai anjuran												
2	• Minum obat tepat waktu												
3	• Kontrol rutin												
4	• Kesadaran akan tanda-tanda kekambuhan												
Catatan Kondisi Khusus													

Petunjuk Pengisian:

1. Silahkan memberi tanda cek (√) pada kolom yang telah disediakan.
2. Jika jawaban bapak/ibu adalah:
  - Dilakukan sendiri (mandiri) oleh Klien, maka isilah pada kolom **M**
  - Dilakukan Klien dengan bantuan, maka isilah pada kolom **B**
  - Tidak Pernah dilakukan Klien, maka isilah pada kolom **T**
3. Semua aktivitas diharapkan dapat diisi semuanya dengan jujur

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....						
		M	B	T	M	M	B	T	M	M	B	T				
A	<p>AKTIVITAS SEHARI-HARI/ Activites Daily Living (ADL)</p> <p>Kemampuan klien dalam melakukan rawat diri atau aktivitas sehari-hari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandi dengan benar dan bersih</li> <li>• Buang air besar/buang air kecil dengan bersih</li> <li>• Mengganti pakaian</li> <li>• Membereskan pakaian kotor</li> <li>• Membereskan tempat tidur</li> <li>• Mengambil makanan dengan rapi</li> <li>• Mempersiapkan makanan</li> <li>• Membersihkan ruangan</li> </ul>															
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
B	<p>SOSIALISASI</p> <p>Kemampuan klien untuk berinteraksi dengan orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ngobrol dengan teman</li> <li>• Ngobrol dengan keluarga</li> <li>• Mendengarkan saran dari keluarga</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan sendiri</li> <li>• Bepergian dengan kendaraan umum</li> <li>• Mengikuti kegiatan keluarga</li> <li>• Mengikuti kegiatan masyarakat</li> </ul>															
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																

# CATATAN PENGELOLAAN MANDIRI

No	INDIKATOR KEMANDIRIAN KLIEN	Tanggal .....				Tanggal .....				Tanggal .....			
		M	B	T	M	B	T	M	B	T	M	B	T
C	PENGELOLAAN PENGOBATAN												
	Kemampuan klien dalam mematuhi proses pengobatan												
1	• Kepatuhan minum obat sesuai anjuran												
2	• Minum obat tepat waktu												
3	• Kontrol rutin												
4	• Kesadaran akan tanda-tanda kekambuhan												
Catatan Kondisi Khusus													

## Petunjuk Pengisian:

1. Silahkan memberi tanda cek (✓) pada kolom yang telah disediakan.
2. Jika jawaban bapak/ibu adalah:
  - Dilakukan sendiri (mandiri) oleh Klien, maka isilah pada kolom **M**
  - Dilakukan Klien dengan bantuan, maka isilah pada kolom **B**
  - Tidak Pernah dilakukan Klien, maka isilah pada kolom **T**
3. Semua aktivitas diharapkan dapat diisi semuanya dengan jujur

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# CATATAN MINUM OBAT

Bulan:		Tanggal:														
Jenis Obat	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:
.....	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:	P:
.....	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:	S:
.....	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:	M:

**Petunjuk pengisian:**

1. Tanggal diisi sesuai dengan tanggal penerimaan obat dari dokter
2. Berilah tanda centang (✓) apabila Anda telah minum obat sesuai waktunya dan tanda silang (x) apabila Anda tidak minum obat sesuai waktunya
3. Waktu minum obat sesuai anjuran dokter

# PENUTUP

Karena Kesehatan Jiwa menjadi tanggung jawab bersama, maka Buku Penghubung Mata Hati menjadi salah satu upayanya.  
~ Setiap orang memiliki peran besar untuk membangun kesehatan jiwa. Bangun jiwanya, bangun badannya, untuk Indonesia ~

(Bertha Devi Aryani, S.Psi., M.Psi., Psikolog, Psikolog Puskesmas Mlati 2)

Buku Kesehatan Jiwa "MATA HATI" sarana wujudkan kesehatan jiwa paripurna dengan keterlibatan semua unsur.  
#Tiada Sehat Paripurna, Tanpa Sehat Jiwa#

Salam Sehat Jiwa,

(Siam Hanifah, S.Psi., Psikolog, Psikolog Puskesmas Godean I)

"Dukungan sosial yang baik adalah yang Tepat Waktu, Tepat Cara, dan Tepat Kebutuhan"

(PKRS KesWaMas RSJ Grhasia)

"Gangguan Jiwa bukan dosa apalagi karma. Mari kita bantu agar mereka kembali mendapatkan kehidupan yang bermakna"

(Yayasan Nawakamal Yogyakarta)

"Sehat mental bukanlah tujuan, tetapi sebuah proses. Kemampuan untuk memahami kesehatan mental diri hingga bisa memberi dampak positif dan peduli pada orang lain harus dimiliki siapapun, dukungan lingkungan sangat penting, tanpa pandang umur atau latar belakang apapun"

(Siswaningtyas Tri Nugraheni-Pusat Rehabilitasi YAKKUM)

# REFERENSI

UU Kesehatan Jiwa No. 18 Tahun 2014  
Buku Gajah Dibela Semut- Puskesmas Godean1, Sleman  
Buku Biji Kecambah-Puskesmas Mlati 2 Sleman  
Pusat Rehabilitasi YAKKUM. (2022). Buku Menuju ODDP Berdaya. Yogyakarta  
PKRS KesWaMas RSJ Grhasia. (2022). Modul Program Pendidikan Keluarga ODGJ. Yogyakarta  
Center for Public Mental Health. (2020). *Pedoman Pertolongan Pertama Psikologis Pada Upaya Bunuh Diri*. Yogyakarta





Dicetak oleh:

**DINAS KESEHATAN KABUPATEN SLEMAN**

Jl. Roro Jonggrang No. 6, Beran, Tridadi, Sleman, Yogyakarta 55511

Telp: (0274) 868409, Fax: (0274) 868409

Email: [dinkes@slemankab.go.id](mailto:dinkes@slemankab.go.id)

Web: [www.dinkes.slemankab.go.id](http://www.dinkes.slemankab.go.id) Instagram: [@dinkessleman](https://www.instagram.com/dinkessleman)

2023