**CEKLIS PENILAIAN KETERAMPILAN PEMERIKSAAN PSIKIATRI**

**PEMERIKSAAN STATUS MENTAL**

**NAMA :............................................ PENGUJI:.............................**

**NIM :............................................ TANDA TANGAN:..................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **ASPEK YANG DIPERIKSA** | **SKOR** |
| **0** | **1** | **2** |
| 1. | Membina *rapport* |   |   |   |
| 2. | Menanyakan keluhan utama |   |   |   |
| 3. | Menanyakan riwayat gangguan sekarang |   |   |   |
| 4. | Menanyakan riwayat gangguan sebelumnya |   |   |   |
| 5. | Menilai kesan umum pasien |   |   |   |
| 6. | Memeriksa perilaku dan aktivitas psikomotor |   |   |   |
| 7. | Memeriksa mood dan afek |   |   |   |
| 8. | Memeriksa pembicaraan |   |   |   |
| 9. | Memeriksa gangguan persepsi |   |   |   |
| 10. | Memeriksa bentuk pikiran |   |   |   |
| 11. | Memeriksa isi pikiran |   |   |   |
| 12. | Memeriksa tingkat kesadaran |   |   |   |
| 13. | Memeriksa orientasi |   |   |   |
| 14. | Memeriksa daya ingat |   |   |   |
| 15. | Memeriksa konsentrasi dan perhatian |   |   |   |
| 16. | Memeriksa kemampuan visuospasial |   |   |   |
| 17. | Memeriksa pikiran abstrak |   |   |   |
| 18. | Memeriksa pengendalian impuls |   |   |   |
| 19. | Memeriksa pertimbangan dan tilikan |   |   |   |
| 20. | Menentukan diagnosis/diagnosis banding |   |   |   |
| **JUMLAH**  |   |   |   |

Kriteria Penilaian : Penguji,

 0 : Tidak dilakukan sama sekali

 1 : Dilakukan, tapi tidak sempurna

 2 : Dilakukan dengan sempurna