

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny.A DENGAN
RISIKO PERILAKU KEKERASAN AKIBAT GANGGUAN
AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program
Pendidikan Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

ALMA NURAYUNI

KHG.A.22079



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2025**

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny.A DENGAN
RISIKO PRILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK
REHABILITAS MENTAL YAYASAN NUR ILLAHI
ASSANIE SAMARANG GARUT**

NAMA : ALMA NURAYUNI

NIM : KHG.A.22079

Karya Tulis Ini telah diujikan pada siding Karya Tulis Ilmiah Program Studi DIII
Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025
Menyetujui

Penguji I

Penguji II

Wahyudin, S.Kp.,M.Kes

Tanti S.,S.Kep .,Ners.,M.H.Kes

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes KARSA HUSADA GARUT

Mengesahkan
Pembimbing

K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep

Angga D. Nagara,S.Kep.,Ners.,M.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny.A DENGAN
RISIKO PRILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK
REHABILITAS MENTAL YAYASAN NUR ILLAHI
ASSANIE SAMARANG GARUT**

NAMA : ALMA NURAYUNI

NIM : KHG.A.22079

Garut, Juni 2025

Karya Tulis Ilmiah Ini disetujui untuk disidangkan program studi di hadapan
Tim Penguji Program studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing

Angga D.Nagara,S.Kep.,Ners.,M.Kep

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. A DENGAN PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

Nama : Alma Nurayuni

NIM : KHGA22079

IV BAB, 110 halaman, 7 tabel, 8 gambar, 3 lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul "Asuhan Keperawatan Jiwa (askep jiwa) Pada Ny. A dengan Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Gangguan Afektif Bipolar", penulis merasa tertarik untuk melakukan studi kasus pada klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan, karena Risiko Perilaku Kekerasan merupakan akibat dari gejala yang di sering ditemukan pada penderita gangguan jiwa khususnya bipolar. Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah penulis mendapatkan pengetahuan keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif. Dengan tehnik pengumpulan data, observasi, wawancara, dan studi Pustaka. Risiko Perilaku Kekerasan adalah Kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan, secara verbal sampai dengan mencederai oranglain dan atau merusak lingkungan. Tujuan penulisan ini untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan risiko perilaku kekerasan meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Adapun masalah yang muncul pada Ny. A adalah risiko perilaku kekerasan. Penulis juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan teurapeutik, melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan berbagai cara. Penulis mengevaluasi tindakan keperawatan sehingga mendapatkan data bahwa klien sudah mampu mengikuti latihan yang diintruksikan perawat selama implementasi. Maka diharapkan adanya kerjasama antara tim kesehatan dan keluarga pasien untuk keberhasilan asuhan keperawatan sehingga masalah dapat teratasi.

Kata kunci (Key Word): Askep jiwa, Bipolar, Risiko Perilaku Kekerasan

Daftar Pustaka: 23 buah

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan nikmat yang sangat luar biasa, memberi saya kekuatan, memberkati saya dengan ilmu pengetahuan. Segala perjuangan saya hingga dititik ini sehingga saya bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul —Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.A Dengan Risiko Prilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitas Mental Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut— , saya mempersembahkan teruntuk orang-orang hebat yang selalu menjadi penyemangat, menjadi alasan saya untuk selalu kuat hingga saya dapat bertahan dititik ini. Sebagai rasa terima kasih, tugas akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku ketua umum pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep selaku ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak Angga D. Nagara, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Dosen pembimbing yang telah membimbing saya selama melaksanakan tugas akhir. Memberikan arahan, saran, serta motivasi yang sangat berguna bagi saya hingga tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik
6. Seluruh Staf Dosen Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.

7. Staf Administrasi dan Perpustakaan yang telah membantu dalam kelancaran penyusun selama proses pendidikan dan selama penyusunan karya tulis ilmiah
8. Klinik Rehabilitasi Mental Yayasan Nur Ilahi Assani Samarang Garut telah memberikan banyak kesempatan kepada penulis untuk menulis Karya Tulis Ilmiah ini, serta memberikan bimbingan, dukungan, dan informasi mengenai asuhan keperawatan sehingga penulis berhasil menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan sukses dan tanpa hambatan.
9. Kepada Ny.A yang telah bersedia bekerja sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penyusun dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Terimakasih teruntuk pintu syurgaku Ibu Biah dan Bapak Aho yang telah sabar dan bangga membesarkan anak bungsunya. Memberikan saya rasa sayang, cinta, motivasi, dan tidak hentinya memberikan saya semangat untuk mewujudkan cita-cita. Terima kasih atas do'a dan semua dukungannya yang selalu diberikan untuk saya menjadi penyemangat dalam hidup hingga saat ini dan selamanya.
11. Kepada diri saya sendiri, orang hebat yang sudah mau berjuang dan bertahan di semua proses hingga sampai di titik ini. Terima kasih telah menjadi kuat dan bekerja keras untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini.
12. Kakak-kakak tersayang Ari Agustian dan Eri adi Purnama. Terimakasih telah memberikan do'a , dukungan , materi , dan selalu memberi motivasi kepada saya untuk segera menyelesaikan laporan ini, dan lulus menjadi orang sukses kaya raya sehingga bisa memberi uang yang banyak kepada mereka. Terimakasih telah menjadi saudara terbaik.
13. Kepada seseorang yang tak kalah penting kehadirannya Mas R Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis , berkontribusi banyak dalam penyusunan karya tulis ini baik tenaga maupun waktu kepada penulis ,telah mendukung ,menghibur, mendengarkan keluh kesah , dan memberikan semangat untuk tidak pantang menyerah , terimakasih telah berjuang bersama.

14. Dan sahabat seperjuangan —Till Jannah (Annisa, Risma, Zulpa) terimakasih telah membantu, memberi dukungan, serta berproses bersama dalam penyusunan tugas akhir
15. Kepada teman-teman di Prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut khususnya kelas B.
16. Dan semua pihak yang tidak bisa satu persatu saya sebutkan yang telah banyak membantu memberikan pemikiran demi kelancaran dan keberhasilan penulis.

Penulis menyadari bahwa dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekurangan dan ketidaksempurnaan karena keterbatasan ilmu pengetahuan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk meningkatkan kesempurnaan karya ini.

Semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi penulis serta seluruh pembaca, dan semoga juga mendapatkan ridha- Nya yang senantiasa kita harapkan. Akhir kata, penulis berdoa agar amal baik dari semua pihak diberi balasan yang berlipat ganda dari Allah SWT. Amin

Garut, Juni 2025

Alma Nurayuni

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN.....	I
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG.....	II
ABSTRAK.....	III
KATA PENGANTAR	IV
DAFTAR ISI.....	VII
DAFTAR TABEL.....	IX
DAFTAR BAGAN.....	X
DAFTAR LAMPIRAN	XI
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	8
C. Metode	9
D. Sistematika Penulisan	11
BAB II.....	13
TINJAUAN TEORI.....	13
A. Konsep Dasar.....	13
1. Konsep Bipolar.....	13
2. Konsep Resiko Prilaku Kekerasan	19
3. Konsep Harga Diri Rendah	27
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	35
BAB III.....	51
TINJAUAN KASUS	51
A. Laporan Kasus	51
1. Pengkajian	51
2. Analisa Data	68
3. Pohon Masalah.....	68

4. Diagnosa.....	69
5. Intervensi.....	70
6. Implementasi dan Evaluasi.....	78
7. Catatan Perkembangan.....	81
B. Pembahasan	85
BAB IV	105
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	105
A. Kesimpulan	105
B. Rekomendasi.....	106
DAFTAR PUSTAKA	
DAFTAR LAMPIRAN	
DOKUMENTASI	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Data penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut	3
Tabel 1. 2 Diagnosa Penyakit di Klinik Nurillahi Assanie Samarang Garut.....	5
Tabel 1. 3 Diagnosa Keperawatan di Klinik Nurillahi Assanie Samarang Garut.....	6
Tabel 2. 1 Analisa Data	44
Tabel 3. 1 Terapi medis.....	64
Tabel 3. 2 Analisa Data	65
Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan	67
Tabel 3. 4 Implementasi dan Evaluasi.....	75
Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan	78

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Rentang Respon Gangguan Afektif Bipolar.....	15
Bagan 2. 2 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan	22
Bagan 2. 3 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan.....	27
Bagan 2. 4 Rentang Respon Harga Diri Rendah	29
Bagan 2. 5 Pohon masalah Harga Diri Rendah	30

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)	109
Lampiran II Dokumentasi Kegiatan	117
Lampiran III Daftar Riwayat Hidup	118
Lampiran IV Lembar Bimbingan	119

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan WHO (World Health Organization) Kesehatan jiwa artinya waktu seseorang tersebut merasa sehat dan senang, bisa menghadapi tantangan hayati serta bisa mendapatkan orang lain sebagaimana seharusnya serta memiliki perilaku positif terhadap diri sendiri serta orang lain (DITJEN P2P, 2018).

Berdasarkan UU No.18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa menyatakan bahwa Kesehatan jiwa adalah syarat dimana seseorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, serta sosial sehingga individu tadi menyadari kemampuan sendiri, bisa mengatasi tekanan, bisa bekerja secara produktif, dan bisa menyampaikan kontribusi buat komunitasnya. Adapun syarat perkembangan yg tidak sesuai di individu diklaim gangguan jiwa (Ipkindonesia, 2017)

Gangguan jiwa artinya suatu formasi asal keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berafiliasi dengan fisik, maupun dengan mental. Keabnormalan tersebut dibagi ke pada dua golongan yaitu yang pertama Gangguan Jiwa (neurosa) dimana orang itu masih mengetahui serta mencicipi kesukarannya, dan kepribadiannya tidak jauh berasal realitas serta masih hidup dalam alam fenomena pada biasanya, yang kedua Sakit Jiwa (psikosa) dimana orang tersebut tidak memahami kesukaran-

kesukarannya kepribadiannya, tidak terdapat integritas dan beliau hidup jauh berasal alam kenyataannya (Noprida et al., 2022).

Risiko Perilaku Kekerasan atau RPK yaitu kondisi dimana individu mengalami atau memiliki Riwayat mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan baik secara fisik, emosional, seksual dan ataupun secara verbal yang dikarenakan oleh ketidakmampuan dalam mengendalikan atau mengontrol sebuah amarahnya secara konstruktif (Kartikasari et al., 2019).

Dari data WHO (World Health Organization) tahun 2016 (Kemenkes, 2016) ada 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang terkena skizofrenia, serta 47,5 juta orang terkena demensia. Mengacu pada survei kesehatan dasar Kementerian Kesehatan tahun 2018 prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk usia 15 tahun keatas meningkat berasal 6,1% di tahun 2013 menjadi 9,8% pada tahun 2018 (Marbun & Santoso, 2021)

Menurut data dari Dinas Kesehatan terdapat lebih kurang 48.722 Orang menggunakan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat yg menerima Pelayanan Kesehatan di Jawa Barat, dengan nilai tertinggi 6.791 orang di Kabupaten Bogor, serta terendah 112 orang di Kota Banjar. Data buat daerah Kabupaten Garut sendiri terdapat tiga. 935 Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) pada tahun 2021 (Jabar, 2025). Sedangkan dari data asal Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, ada peningkatan jumlah

Orang dengan Gangguan jiwa sebagai 3945 orang, menggunakan 155 orang yg mengalami gangguan Mood atau Bipolar (Garut, 2024).

Rehabilitas Nur Illahi Assanic Samarang Garut. Klinik Nur Illahie Assanie merupakan salah satu lembaga rehabilitas mental yang fokus pada perawatan kesehatan jiwa. Lokasinya terletak di Kecamatan Samarang. Garut, Jawa Barat.

Klinik Nur Illahi Assanic adalah salah satu klinik rehabilitasi mental yang konsen pada Kesehatan jiwa. Klinik ini berada di Kecamatan Samarang, Garut, Jawa Barat. Berdasarkan data yang didapatkan dari klinik Nur Illahi Assanic Samarang sendiri jumlah pasien gangguan jiwa khususnya yang sudah terdiagnosa dari bulan januari 2023 sampai saat ini terdapat pada table berikut:

Tabel 1. 1 Data penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut
Periode 2024

No	Diagnose Penyakit	Jumlah	Persentase
1.	Gangguan Afektif Bipolar	1.988	50,53%
2.	Skizofrenia	1.353	34,38%
3.	Penyalahgunaan Napza	389	9,89%
4.	Retardasi Mental	205	5,2%
	Jumlah	3.935	100%

(Sumber Dinas Kesehatan Garut)

Dapat dilihat dari data, gangguan afektif bipolar merupakan gangguan yang hampir setengahnya dari total jumlah gangguan jiwa di Kabupaten Garut yaitu mencapai 1.988 kasus atau sekitar 50,53 %. Sedangkan intelektual disability merupakan gangguan yang paling sedikit terjadi yaitu sebanyak 205 orang atau sekitar 5,2%.

Ada berbagai manifestasi klinis yang biasanya terjadi pada penderita gangguan afektif bipolar yang bervariasi tergantung fase penyakitnya. Pada fase depresi mayor, pasien menunjukkan penurunan suasana hati yang mendalam disertai gejala psikotik seperti delusi dan halusinasi, kehilangan minat pada aktivitas sehari-hari, perubahan berat badan, gangguan tidur (insomnia atau hipersomnia), agitasi atau retardasi psikomotor, serta munculnya pikiran bunuh diri. Sebaliknya, episode mania sering diawali secara tiba-tiba dan memburuk dalam beberapa hari, ditandai perilaku impulsif, delusi paranoid, halusinasi, serta penurunan fungsi sosial dan produktivitas. Fase hipomania, meski meningkatkan produktivitas, tidak menyebabkan gangguan fungsi sosial yang nyata dan tidak disertai gejala psikotik, walaupun 5–15% pasien dapat dengan cepat beralih ke episode manik (Dwiki, 2022).

Rehabilitas Nur Illahi Assanic Samarang Garut. Klinik Nur Illahie Assanie merupakan salah satu lembaga rehabilitas mental yang fokus pada perawatan kesehatan jiwa. Lokasinya terletak di Kecamatan Samarang Garut, Jawa Barat

Klinik Nur Illahi Assanic adalah salah satu klinik rehabilitasi mental yang konsen pada Kesehatan jiwa. Klinik ini berada di Kecamatan Samarang, Garut, Jawa Barat. Berdasarkan data yang didapatkan dari klinik Nur Illahi Assanic Samarang sendiri jumlah pasien gangguan jiwa khususnya yang sudah terdiagnosa tahun 2024-2025 terdapat pada table berikut:

**Tabel 1. 2 Diagnosa Penyakit di Klinik Nurillahi Assanie Samarang Garut
Periode 2024-2025**

No	Kasus Gangguan jiwa	Tahun		Persentase
		2024	2025	
1.	Gangguan Afektif Bipolar	27 orang	32 orang	82,9%
2.	Skizofrenia	8 orang	5 orang	21,62%
3.	Penyalahgunaan Napza	0 orang	0 orang	0%
4.	Intelektual Disability	2 orang	2 orang	5,40%
	Jumlah	37 orang	39 orang	100%

(sumber: Buku Register Klinik Nur Illahi Assanie Garut)

Menurut laporan dari klinik Nur Illahie Assani Samarang, data tahun 2025 menunjukkan bahwa ada total 39 kasus yang melibatkan berbagai masalah pada semua pasien. Dari jumlah tersebut, 32 individu atau sekitar 83,05% mengalami Gangguan Afektif Bipolar yang merupakan kasus paling banyak. Skizofrenia berada di posisi tengah dengan 5 kasus atau 11,26%, Intelektual Disability dengan 2 kasus atau 5,59% sedangkan kasus penyalahgunaan Napza tidak tercatat sama sekali.

Akibat dari gangguan jiwa tersebut prevalensi laporan dari Klinik Nurillahi Samarang, data tahun 2025 mencatat dari 39 individu sebanyak 65% atau 25 kasus mengalami halusinasi, 15% atau sekitar 6 kasus

mengalami waham dan risiko perilaku kekerasan, serta 20% atau sekitar 8 kasus mengalami harga diri rendah.

Berdasarkan data yang didapatkan dari klinik Nur Illahi Assanic Samarang sendiri jumlah pasien gangguan jiwa dengan diganosa Keperawatan terdapat pada table berikut:

Tabel 1. 3 Diagnosa Keperawatan di Klinik Nurillahi Assanie Samarang Garut

No	Masalah Keperawatan Jiwa	Jumlah Pasien	Persentase
1	Halusinasi	25	65%
2	Harga Diri Rendah	8	20%
3	Risiko Prilaku Kekerasan	3	7,5%
4	Waham	3	7,5%
5	DPD	0	0%
Jumlah Kasus		39	100%

(sumber: Buku Register Klinik Nur Illahi Assanie Garut)

Menurut laporan dari klinik Nur Illahie Assani Samarang, data tahun 2025 menunjukkan bahwa ada total 39 kasus yang melibatkan berbagai masalah pada semua pasien. Dari jumlah tersebut, 25 individu atau sekitar 65% mengalami Halusinasi yang merupakan kasus paling banyak. Harga Diri Rendah berada di posisi kedua dengan 8 kasus atau 20%, Resiko Prilaku Kekerasan dan Waham dengan 3 kasus atau 7,5% sedangkan kasus Defisit Perawatan Diri tidak tercatat sama sekali.

Gangguan Afektif Bipolar ialah gangguan jiwa yang pada umumnya menghipnotis mood serta suasana hati, bersifat episodic, ditanda-tandai oleh tanda- tandagejala-tanda-tanda manik, hipomanik, depresi, dan

adonan, umumnya rekuren dan dapat berlangsung seumur hidup (Kemenkes, 2015) dalam (Milasari et al., 2021).

Dari pengertian diatas ditemukan bahwa seseorang yang mengalami Gangguan Afektif Bipolar menyebabkan terjadinya manik. Pengertian asal manik atau mania sendiri artinya kondisi psikologis yang dapat membentuk seseorang mengalami euforia diluar batas dimana orang tadi akan menunjukan tanda- tandagejala percaya diri hiperbola, menjadi terlalu sensitive sebagai akibatnya simpel tersinggung, merasa sangat bersemangat, melakukan hal-hal yang berisikotinggi tanpa pertimbangan yang matang, dan dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain. dari tandagejala tersebut merujuk pada indikasi serta tanda-tandagejala Risiko perilaku Kekerasan, sehingga dapat disimpulkan bahwa Orang menggunakan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar dapat menyebabkan Risiko Perilaku Kekerasan (Fadli, 2022).

Bila Gangguan Afektif Bipolar ini tidak segera ditangani akan menimbulkan dilema mirip Risiko Perilaku Kekerasan di episode manik dan akan menyebabkan masalah-persoalan baru seperti Harga Diri Rendah, risiko mecederai diri sendiri Orang lain, serta Lain-lain yg akan merusak kegiatan sehari- hari penderita.

Berdasarkan pernyataan diatas maka penulis merasa tertarik buat mengangkat persoalan tersebut serta merasa perlu buat melakukan Asuhan Keperawatan mulai asal pengkajian hingga penilaian, menggunakan judul

"ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ty. A DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DIAGNOSA MEDIS GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG"

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Penulis memperoleh pengetahuan, keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata pada melaksanakan serta memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek bio, psikologi, social, dan spiritual kepada klien menggunakan Risiko sikap Kekerasan.

2. Tujuan khusus

Sesudah menyampaikan Asuhan Keperawatan di klien dengan Risiko sikap Kekerasan penulis:

- a. Mampu melaksanakan pengkajian fisik serta mental secara komprehensif di Tn. A dengan Risiko sikap Kekerasan menggunakan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar pada Klinik Nur Illahi Assanie Samarang,
- b. Bisa merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. A dengan Risiko sikap Kekerasan menggunakan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar pada Klinik Nur Illahi Assanie Samarang,

- c. Mampu menyusun planning Asuhan Keperawatan pada Ny. A menggunakan Risiko perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar pada Klinik Nur Illahi Assanic Samarang,
- d. Mampu melaksanakan Tindakan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan di Ny. A menggunakan Risiko sikap Kekerasan menggunakan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar pada Klinik Nur Illahi Assanie Samarang,
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil Tindakan keperawatan yang sudah dilaksanakan di Ny. A dengan Risiko perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang,
- f. Bisa mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. A menggunakan Risiko sikap Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang.

C. Metode

Dalam penulisan studi masalah ini, penulisan memakai metode deskriptif yang serupa laporan masalah asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang komprehensif. Adapun Teknik pengumpulan data yg dilakukan sang penulisan merupakan menjadi berikut:

1. Wawancara

Biasa juga disebut anamnesa ialah menanyakan atau tanya jawab yang berafiliasi dengan duduk perkara yang dihadapi klien serta adalah

suatu komunikasi yg direncanakan. dalam berkomunikasi ini perawat mengajak klien serta keluarga buat bertukar pikiran dan perasaan yg diitilahkan menggunakan tehnik komunikasi terapeutik.

2. Observasi

Observasi ialah tehnik pengumpulan data yg dilakukan melalui tatap muka dan tanya jawab antara perawat dan klien. Data yang dikumpulkan melalui observasi yaitu menggunakan cara melihat atau mengamati langsung keadaan klien baik yg adaptif juga mal adaptif.

3. Pemeriksaan Fisik

Hal-hal yang dilakukan di pemeriksaan fisik ini antara lain memeriksa vital serta keadaan awam, sebagai akibatnya didapatkan data dari pasien yang bisa menimbulkan problem kesehatan atau keperawatan pada pasien.

4. Studi Dokumentasi

Data yang diperoleh penulis dari rekam medik atau buku status klien berupa data-data serta catatan yg berafiliasi dengan asuhan keperawatan.

5. Studi Kepustakaan

Penulis menyelidiki buku-kitab dari bahan-bahan perpustakaan institusi maupun berasal internet untuk mendapatkan teori yang bekerjasama dengan masalah yang diambil.

6. Partisipasi Aktif

Partisipasi aktif yaitu penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Risiko perilaku Kekerasan secara pribadi dengan bimbingan petugas kesehatan lain.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memudahkan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, maka penulis memakai sistematika penulisan menjadi berikut:

1. Bab 1 Pendahuluan, bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan penulisan, metode telaahan, serta sistematika penulisan,
2. Bab II Tinjauan Teoritis, bab ini membahas wacana teori-teori yang berhubungan dengan judul pada atas yang dapat dijadikan acuan di ketika pembahasan, terdiri berasal konsep dasar penyakit, definisi, psikodinamika bipolar, psikodinamika Risiko perilaku Kekerasan, Psikodinamika Defisit Perawatan diri, akibat sikap Kekerasan terhadap kebutuhan dasar insan dan membahas ihwal proses keperawatan jiwa meliputi pengkajian, perencanaan, aplikasi, dan penilaian
3. Bab III Tinjauan kasus dan Pembahasan, dalma bab ini dijelaskan tentang asuhan keperawatan yg dilakukan secara nyata pada lapangan melalui tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, penilaian, serta catatan perkembangan pada klien dengan Risiko perilaku Kekerasan. Sedangkan pada pembahasan berisi perihal kesenjangan-kesenjangan yg ditemukan dan dibandingkan antara pendekatan teoritis menggunakan aplikasi pribadi pada perkara dan pemecahan masalahnya.

4. Bab IV kesimpulan serta Rekomendasi, pada bab ini berisikan perihal kesimpulan penulis selesainya melaksanakan aktivitas asuhan keperawatan dan rekomendasi yang bersifat menciptakan terhadap kesimpulan buat pemugaran selanjutnya.
5. Daftar Pustaka
6. Lampiran

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Konsep Gangguan Afektif Bipolar

a. Definisi

Sejumlah pengertian gangguan afektif Bipolar:

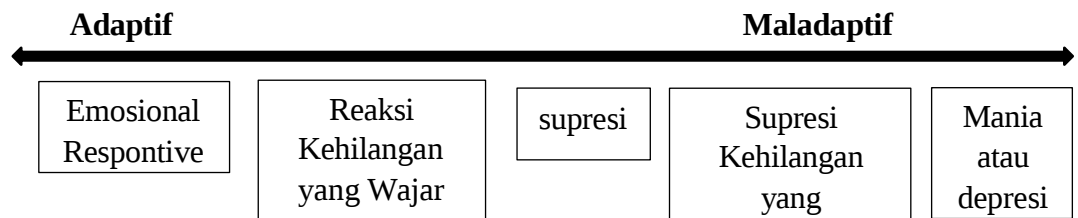
- 1) Bipolar berasal dari dua kata, yaitu bi serta polar, bi berarti dua serta polar berarti kutub, maka bipolar artinya gangguan perasaan menggunakan dua kutub yang bertolak belakang (panggabeandanrona,2018). Dua kutub yang dimaksud merupakan depresi dan manik. Depresi didefinisikan menjadi keadaan emosional yang digejalai menggunakan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti serta rasa bersalah, menarik diri dari orang lain, serta kehilangan minat dalam aktivitas yang biasanya dilakukan (Davison, neal, & king, 2019). Manik didefinisikan menjadi keadaan emosional menggunakan kegembiraan yang berlebihan, praktis tersinggung, disertai hiperraktivitas, berbicara hiperbola lebih poly asal umumnya, serta pikiran serta perhatian yang simpel teralih (Davidson dkk, 2010) orang dengan gangguan bipolar akan mengalami 2 fase perasaan tersebut dalam hidupnya (Purba & Kahija, 2018).

- 2) Gangguan bipolar (Bipolar Disorder) atau yang juga dikenal menjadi gangguan afektif bipolar (GAB) merupakan galat satu gangguan
- 3) Mood/afektif pada masalah psikiatri. Gangguan ini ditandai dengan mania serta depresi (American Psychiatric Association, 2013) dalam (D. Surya Yudhantara, 2022)
- 4) Berdasarkan DSM V Gangguan Bipolar yang dikenal sebagai manicdepressive illness adalah suatu gangguan suasana perasaan yang ditandai-tandai sang adanya episode berulang (sekurang-kurangnya 2 episode) dimana afek pasien serta taraf kegiatan jelas terganggu, pada saat eksklusif tpeningkatan afek disertai penambahan tenaga serta aktivitas (mania atau Hipomania), dan pada saat lain berupa penurunan afek disertai pengurangan energi serta kegiatan (depresi) (Fithriyah & Margono, 2019).

Berasal dari beberapa pengertian diatas dapat di simpulkan bahwa gangguan afektif bipolar adalah gangguan yang bekerja sama dengan Mood/afektif dimana seseorang akan mengalami perubahan suasana hati yang tidak terbiasa. Terkadang mereka meraka merasa sangat Bahagia dan jauh lebih energik dan aktif berasal umumnya, ini disebut menggunakan episode manik. Terkadang mereka merasa sedih dan sangat duka, memiliki energi yang rendah, serta jauh lebih tidak aktif, ini dianggap dengan episode depresi.

b. Rentang Respon Gangguan Afektif Bipolar

Bagan 2. 1 Rentang Respon Gangguan Afektif Bipolar



Keterangan:

Responsive:

klien terbuka, menyadari perasaannya, dapat berpartisipasi dengan global internal (memahami harapan dirinya) dan global eksternal (tahu harapan orang lain)

Reaksi kehilangan yang lumrah:

Klien merasa bersedih, aktivitas sehari-hari klien berhenti (contohnya bekerja, sekolah), pikiran serta perasaan klien lebih berfokus pada diri sendiri namun seluruh hal tadi berlangsung hanya sementara

Supresi:

Tahap awal dimana coping individu termasuk maladaptive, klien menyangkal perasaan diri sendiri, klien berusaha menekan atau mengalihkan perhatiannya terhadap lingkungan. bila fase ini berlangsung terus monoton (memanjang) maka hal tadi dapat mengganggu individu

Depresi:

Gangguan alam perasaan yang ditanda-tandai dengan perasaan sedih yang hiperbola, murung, tidak bersemangat, perasaan tidak berharga, merasa kosong, putus harapan, selalu merasa dirinya gagal, tidak berminat terhadap ADL sampai terdapat wangsit bunuh diri. (H. Iyus Yosep, 2014)

c. Etiologi

1) Factor biologis

a) Genetic

Seseorang yang memiliki keluarga dengan gangguan mood memiliki risiko lebih besar menderita gangguan mood daripada masyarakat pada umumnya. Hal ini disebabkan pengaruh gen pada depresi berat memiliki pengaruh lebih besar dibandingkan dengan depresi ringan. Factor genetic seseorang yang memiliki keluarga dengan gangguan mood memiliki risiki lebih besar menderita gangguan mood dari pada masyarakat pada umumnya.

b) Factor biologis

Di otak dan tubuh, terdapat beberapa bahan kimia yang berperan penting dalam mengatur suasana hati atau emosional, yang disebut neurotransmitter, seperti noradrenalin, serotonin, dan dopamin. Gangguan bipolar dikaitkan dengan ketidakseimbangan bahan kimia ini di

otak, di mana fase mania dapat dipicu oleh tingginya kadar noradrenalin dan fase depresi oleh kadar yang rendah

c) Factor lingkungan

Beberapa artikel telah menguraikan hubungan antara peran keluarga dalam gangguan mood, terutama depresi berat. Peristiwa kehidupan juga berperan penting dalam perkembangan depresi, dengan gangguan bipolar dipandang sebagai hasil dari konflik antara harapan seseorang dan realitas. Individu dengan gangguan bipolar menyadari ketidakidealannya, yang menyebabkan perasaan putus asa dan kehilangan harapan. Selain itu, faktor stres yang mungkin terlihat sepele bagi orang lain bisa sangat merusak bagi penderita bipolar

d. Patofisiologi

Tiga neurotransmitter paling banyak telah dipelajari dalam hal kemungkinan terjadinya gangguan mood neorpinefrin, dopamine, serta serotonin (Thase et al., 2002). Neurotransmisi dopaminergic ialah keliru satu dari banyak neurotransmisi yg berpengaruh dan berkaitan pribadi pada peristiwa mood pasien dengan gangguan bipolar, menggunakan terjadinya peurunan dopamine akan menyebabkan terjadinya episode depresi. Sedangkan, peningkatan asal dopamine akan mengakibatkan terjadinya episode mania (Kaplan & Sadock's, 2015). Mania serta

depresi pula keduanya dikaitkan menggunakan kadar serotonin rendah (Thase et al., 2002)

Individu menggunakan gangguan bipolar mempunyai struktur dan fungsi otak yg mengalami perubahan dibandingkan dengan individu tanpa kondisi tersebut. Perubahan struktur serta fungsi otak tersebut diperkirakan dipengaruhi oleh adanya perubahan proses perkembangan otak sejak dini mirip hubungan antara white matter dan pruning di korteks prefrontal. Perubahan ini mengakibatkan penurunan korelasi antara prefrontal menggunakan struktur limbik terutama amigdala sehingga mempengaruhi modulasi mood dan emosi (Schneider et al., 2012; Strakowski et al., 2012) dalam (D. Surya Yudhantara, 2022).

e. Manifestasi Klinis

Ada periode atau tahap suasana hati yang berlangsung dalam jangka waktu berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun tanpa pengulangan yang konsisten dari tipe apapun (Dipiro, 2014). Tahap-tahap bipolar tersebut mencakup:

1. Depresi Berat

Ketika mengalami fase depresi, individu dengan gangguan bipolar cenderung mengalami delusi, halusinasi, dan pikiran untuk bunuh diri lebih sering daripada individu dengan depresi unipolar (Dipiro, 2014). Penderita mungkin merasa terus-menerus tertekan, kehilangan minat dalam aktivitas yang

biasanya menyenangkan, mengalami perubahan berat badan, kesulitan tidur, gelisah atau terlalu lambat bergerak, kehilangan energi, kesulitan berkonsentrasi, rasa bersalah yang berlebihan, perasaan putus asa, atau keinginan untuk bunuh diri (Smith, 2014).

2. Fase Manik

Pada fase manik, individu dapat mengalami peningkatan energi, ide-ide yang berlimpah, perasaan euforia yang luar biasa, dan dorongan yang kuat. Fase manik seringkali timbul secara tiba-tiba, dan gejalanya dapat memuncak dalam beberapa hari. Gejala meliputi perilaku yang aneh, paranoid, halusinasi, serta penurunan produktivitas sosial (Dipiro, 2014). Individu dalam fase ini cenderung bertindak impulsif sambil merasa memiliki keyakinan dan tujuan yang kuat (Kaplan & Sadock's, 2015).

3. Hipomanik

Fase hipomanik ditandai dengan ketidakterlihatan yang signifikan dalam fungsi sosial atau pekerjaan, tanpa adanya halusinasi atau delusi. Beberapa individu mungkin menjadi lebih produktif dari biasanya, tetapi sekitar 5-15% dari mereka dapat beralih dengan cepat ke fase manik (Wells, 2015).

f. Klasifikasi Bipolar

Berikut adalah klasifikasi gangguan bipolar:

1. Bipolar I Disorder

Untuk diagnosis BD-I didahului oleh episode mania/manik dan mungkin diikuti oleh episode hipomanik atau depresi mayor (episode hipomanik atau depresi mayor tidak diperlukan untuk diagnosis) (Ankit Jain, 2023).

2. Bipolar II Disorder

Untuk diagnosis BD-II terdapat pembedan dengan BD-I dimana pengidap BD-II tidak akan mengalami episode manik, hanya akan mengalami 2 episode yaitu episode hipomania/hipomanik saat ini atau masa lalu dan episode depresi mayor (Ankit Jain, 2023).

g. Penatalaksanaan Gangguan Bipolar

1) Terapi Non-Farmakologi

a. Psikoterapi

(1) Terapi Kognitif

(2) Terapi keluarga

(3) Terapi Psychotherapy interpersonal

b. Electroconvulsive Therapy

2) Terapi Farmakologi

a. Mood Stabilizer

(1) Litium

(2) Valproate

(3) Karbamazefin

(4) Lamotrigia

b. SSRI (Serotonin Selective Reuptake Inhibitor)

(1) Anti Depresen (Aziz, 2019).

1. Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

Adapun Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan, adalah sebagai berikut:

- Risiko Perilaku Kekerasan
- Harga Diri Rendah (Mukhrifah, 2015)

a. Definisi Risiko perilaku kekerasan

Sejumlah pengertian Risiko Perilaku Kekerasan:

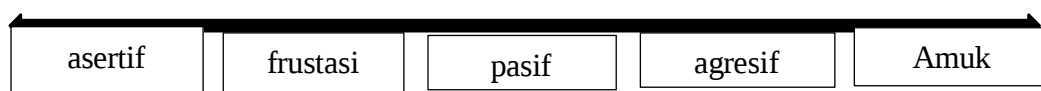
- 1) Risiko sikap Kekerasan adalah perilaku seorang yang berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan seksual pada diri sendiri atau orang lain. Kemarahan yg diekspresikan secara hiperbola serta tidak terkendali secara verbal hingga menggunakan mencederai orang lain atau Mengganggu lingkungan (PPNI, 2017).
- 2) Suatu keadaan dimana seorang individu mengalami perilaku yang bisa melukai secara fisik baik terhadap diri sendiri atau orang lain (Towsend, 1998). Suatu keadaan dimana klien mengalami sikap yg bisa membahayakan klien sendiri, lingkungan termasuk orang lain dan barang-barang (Maramis, 2004) pada (H. Iyus Yosep, 2014)

3) Risiko perilaku Kekerasan adalah bagian asal rentan respons murka yg paling maladaftif, yaitu amuk. marah merupakan perasaan jengkel yang muncul menjadi respons terhadap kecemasan (kebutuhan yg tidak terpenuhi) yg dirasakan sebagai ancaman (Stuard dan Sundeen, 1991) dalam (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

Berasal beberapa pengertian pada atas dapat disimpulkan bahwa Risiko sikap Kekerasan merupakan perilaku yg ditunjukan oleh seorang menjadi respons maladaftif karena adanya ketidaksesuaian. antara asa serta fenomena, yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan.

b. Rentang Respon Risiko Prilaku /kekerasan

Bagan 2. 2 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan



Keterangan

Asersif : Kemarahan yg diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Putus : Kegagalan mencapai tujuan, tidak

Harapan : empiris/terhambat

Pasif : Respons lanjutan yang pasien tidak bisa berkata
Perasaan

Proaktif : Sikap destruktif tapi masih terkontrol

Amuk : Sikap destruktif yang tidak terkontrol

(Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

c. Etiologic

1) Factor Predisposisi

a) Teori Biologik

1. Neurologic factor, majemuk komponen dari system syaraf yang mempunyai kiprah memfasilitasi atau menghambat rangsangan serta pesan-pesan yg akan mensugesti sifat agresif. System limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif.
2. Genetic factor, adanya factor gen yg diturunkan melalui orang tua, sebagai potensi perilaku proaktif.
3. Circadian Rhythm (irama sirkadian tubuh), memegang peranan pada individu. dari penelitian pada jamjam eksklusif insan mengalami peningkatan cortisol terutama di jam-jam sibuk menjelang masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan sekitar jam 9 serta jam 13. di jam eksklusif orang lebih mudah terstimulasi buat bersikap proaktif
4. Biochemistry Factor (factor biokimia tubuh) mirip neurotransmitter di otak (epinefrin, norepinefrin, dopamine, asetilkolin, serta serotonin) sangat berperan

pada penyampaian informasi melalui sistem peredaran darah dalam tubuh. Peningkatan hormon androgen dan norepinefrin dan penurunan serotonin serta GABA di cairan cerebrospinal vertebra bisa menjadi faktor predisposisi terjadinya sikap agresif.

5. Brain Area Disorder, gangguan di sistem limbik dan lobus temporal, sindrom otak organik, tumor otak, syok otak, penyakit ensepalitis, epilepsi ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku proaktif serta tindak kekerasan

b) Teori Psikologik

1. Teori psikoanalisa, Tidak terpenuhinya kepuasan serta rasa safety dapat mengakibatkan tak berkembangnya ego serta membentuk konsep diri yg rendah. Perilaku agresif dan tindak kekerasan adalah pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaan serta rendahnya harga diri pelaku.
2. Imitation, modeling, and information processing theory menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang menolerir kekerasan. Adanya model, model dan sikap yg ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut.

3. Learning Theory, sikap kekerasan ialah akibat belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya, dia mengamati bagaimana respons ayah waktu menerima kekecewaan serta mengamati bagaimana respons bunda ketika marah, beliau pula belajar bahwa dengan agresivitas lingkungan sekitar menjadi peduli. bertanya, menanggapi, dan menganggap bahwa dirinya eksis serta patut untuk diperhitungkan.

c) Teori sosiokultural

Kontrol rakyat yg rendah serta kecenderungan mendapatkan sikap kekerasan menjadi cara penyelesaian persoalan pada warga merupakan factor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan. Hal ini dipicu jua menggunakan maraknya demonstrasi, film-film kekerasan, mistik, tahayul dan perdukunan dalam tayangan televisi.

d) Aspek Religiusitas

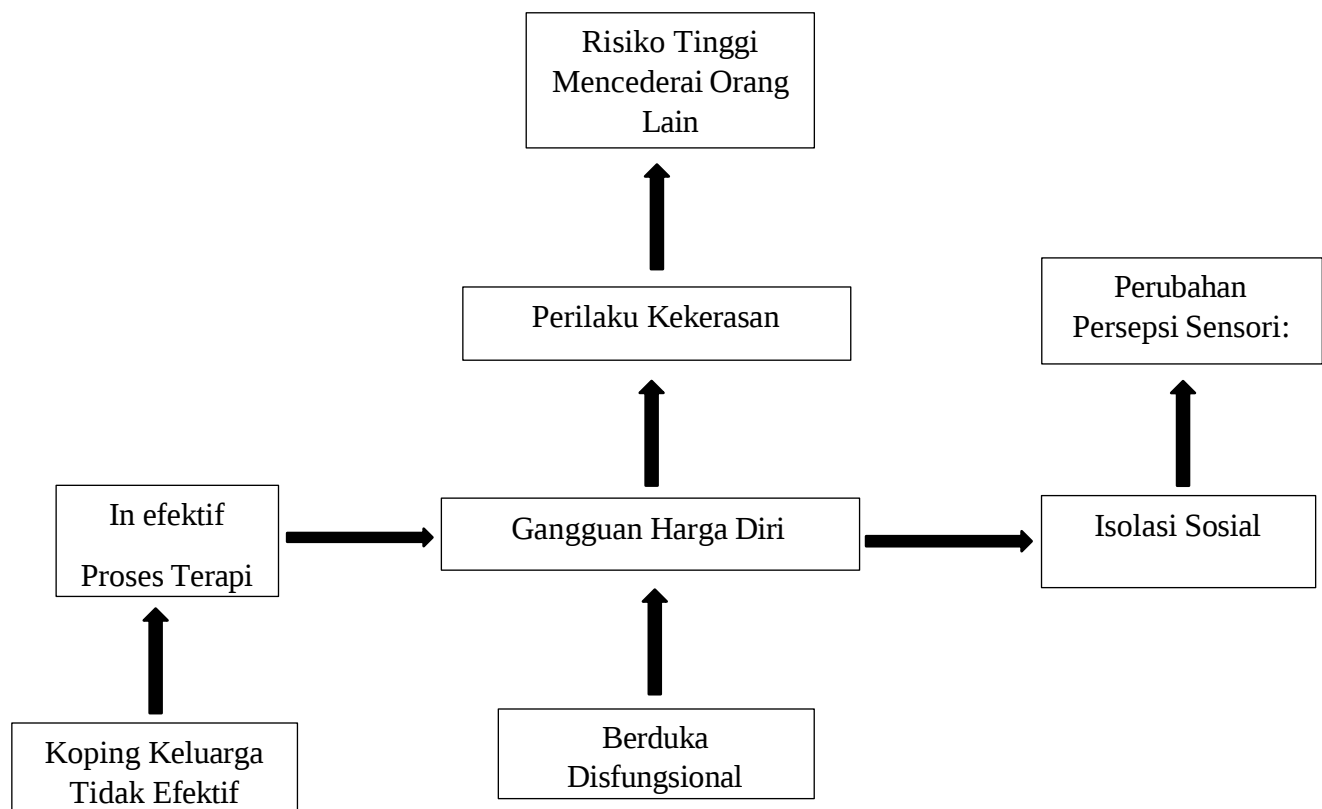
Pada tinjauan religiusitas, kemarahan dan agresivitas artinya dorongan serta bisikian syetan yang sangat menyukai kerusakan supaya insan menyesal (devi support).

2) Factor Presipitasi

- a) Aktualisasi diri diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal, serta sebagainya
- b) Ekspresi berasal tidak terpenuhinya kebutuhan dasar serta kondisi social ekonomi,
- c) Kesulitan pada mengkomunikasikan sesuatu pada keluarga serta tidak membiasakan obrolan untuk memecahkan persoalan cenderung melakukan kekerasan pada menyelesaikan pertarungan.
- d) Ketidaksiapan seorang mak dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan dirinya menjadi seorang yang dewasa,
- e) Adanya Riwayat antisocial meliputi penyalahgunaan obat serta alkoholisme dan tidak bisa mengontrol emosinya di saat menghadapi rasa putus harapan
- f) Kematian anggota keluarga yg terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan diri ataupun keluarga.

d. Pohon masalah

Bagan 2. 3 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan



(H.Iyus Yosep, 2014)

e. Indikasi dan gejala

1. Mengejek dan mengkritik diri
2. Merasa bersalah dan khawatir, menghukum atau menolak diri sendiri
3. Mengalami gangguan fisik, missal: tekanan darah tinggi, gangguan penggunaan zat
4. Menunda keputusan

5. Sulit berteman
6. Menghindari kesenangan yang dapat memberi rasa puas
7. Menarik diri dan realitas, cemas, panik, cemburu, curiga, halusinasi
8. Menghambat diri harga diri rendah menyokong klien buat mengakhiri hayati
9. Merusak/melukai orang lain
10. Perasaan tidak mampu
11. Pendangan hayati yang pesimis
12. Tidak menerima pujian
13. Penurunan produktivitas
14. Penolakan terhadap kemampuan diri
15. Kurang memperhatikan perawatan diri
16. Berpakaian tidak rapih
17. Berkurang kesukaan makan
18. Tidak berani menatap lawan bicara
19. Lebih banyak menunduk
20. Bicara lambat dengan nada suara lemah

(H. Iyus Yosep, 2014)

2. Konsep Harga Diri Rendah

a. Definisi

Sejumlah pengertian Harga Diri Rendah :

- a) Harga Diri Rendah adalah perasaan tak berharga, tidak berarti serta rendah diri yg berkepanjangan dampak penilaian yang negative terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Adanya perasaan hilang agama diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai asa sesuai ideal diri (keliat, 1998) dalam (H. Iyus Yosep, 2020)
- b) Harga Diri Rendah adalah evaluasi negative terhadap diri sendiri atau kemampuan klien mirip tidak berarti, tak berharga, tidak berdaya yg berlangsung dalam waktu usang serta terus monoton (PPNI, 2017).

Dari beberapa pengertian pada atas bisa disimpulkan bahwa Harga Diri Rendah artinya pandangan negative terhadap diri sendiri yg berkepanjangan

b. Rentang Respon

Bagan 2. 4 Rentang Respon Harga Diri Rendah



c. Etiologic

- a) Faktor Predisposisi

Penolakan orangtua yang tidak realistis, kegagalan berulang kali, kurang memiliki tanggungjawab personal, ketergantungan pada oranglain, ideal diri yang tidak realistis.

b) Faktor Presipitasi

Kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas yang menurun. Secara umum gangguan konsep diri Harga Diri Rendah ini bisa terjadi secara situasional atau kronik. Secara situasional contohnya sebab trauma yg timbul secara datang-tiba misalnya wajib dioperasi, kecelakaan, pemerkosaan atau dipernjara termasuk dirawat pada rumah sakit bisa mengakibatkan harga diri rendah ditimbulkan sebab penyakit fisik atau pemasangan alat bantu yg membentuk klien tidak nyaman

(H. lyus Yosep, 2014)

d. **Pohon Masalah**

Bagan 2. 5 Pohon masalah Harga Diri Rendah



(Erita, Sri Hununwidiastuti, 2016)

e. Tanda dan gejala

Menurut SDKI 2016, tanda dan gejala harga diri rendah kronik yaitu sebagai berikut:

1. Kurang percaya diri, perasaan malu terhadap diri sendiri dan individu
2. Rasa bersalah kepada diri sendiri, individu yang selalu gagal dalam meraih sesuatu.
3. Merendahkan martabat diri sendiri, menganggap dirinya berbeda dibawah orang lain.
4. Gangguan berhubungan sosial seperti menarik diri, lebih suka menyendiri.
5. Sulit mengambil keputusan, cenderung bingung dalam memilih sesuatu.
6. Mudah tersinggung atau marah berlebihan.
7. Kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan menurun, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, dan berbicara dengan nada lemah.

(Keliat, 2015)

f. Penatalaksanaan

Menurut Iyus (2019) penatalaksanaan harga diri rendah dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu:

1. Terapi Somatoterapi

Somaterapi adalah pendekatan terapeutik yang mengedepankan pengalaman tubuh dan sensasi fisik dalam memahami serta menyembuhkan masalah psikologis atau emosional seseorang. Dalam pandangan somaterapi, tubuh dan pikiran dianggap saling terhubung, dan sensasi fisik memiliki dampak besar terhadap kesejahteraan mental seseorang.

Dalam praktik somaterapi, terapis bekerja sama dengan klien untuk mengidentifikasi dan mengeksplorasi sensasi fisik yang terkait dengan emosi atau masalah psikologis yang mereka alami. Pendekatan ini bisa melibatkan teknik seperti pernapasan, gerakan tubuh, sentuhan terapeutik, atau meditasi yang fokus pada pengalaman tubuh.

Tujuan utama somaterapi adalah membantu klien meningkatkan kesadaran akan pengalaman fisik mereka, mengenali pola-pola tubuh yang mungkin tidak sehat atau menyimpan ketegangan, serta memfasilitasi pelepasan emosi yang terkait dengan pengalaman tersebut. Dengan demikian, somaterapi mampu membantu klien mengatasi trauma, meredakan stres, meningkatkan kesejahteraan fisik dan mental, serta memperbaiki hubungan dengan diri sendiri dan orang lain.

2. Terapi Supportif, dimaksudkan untuk memberi dukungan, motivasi, dan semangat agar penderita tidak merasa putus asa.

Terapi yang dapat dilakukan diantaranya terapi kognitif yang berorientasi terhadap masalah dan pemecahannya.

3. Terapi Manipulasi Lingkungan, terapi yang bersifat terapeutik dapat berupa kegiatan-kegiatan yang membawa kearah penyembuhan, dan lingkungan berpengaruh sangat besar terhadap proses penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa. Tujuan terapi ini adalah untuk membantu pasien mengembangkan rasa harga diri kemampuan untuk berhubungan engan orang lain, membantu mempersiapkan diri untuk kembali ke masyarakat, dan belajar mempercayai orang lain.

4. Terapi farmakologi

- a. Haloperidol

- 1) Klasifikasi : Antipsikotik, neurolepti,
butorefidon
 - 2) Indikasi : Mengelola psikosis kronis dan akut,
mengendalikan hiperaktivitas dan
masalah perilaku yang parah.
 - 3) Mekanisme Kerja : Mekanisme kerja yang tepat belum
sepenuhnya dipahami, namun
terlihat mengurangi aktivitas sistem
saraf pusat di tingkat subkortikal
formasi retikular otak,

mesensefalon, dan batang otak.

- 4) Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini, Depresi SSP dan sumsum tulang belakang, Kerusakan subkortikal otak, penyakit Parkinson, dan anak di bawah 3 tahun.
- 5) Efek Samping : Mengantuk, sakit kepala, kejang Pusing

5. Penanganan Keperawatan

a) Terapi Generalis

Terapi generalis, yang juga sering disebut sebagai terapi umum atau terapi konseling, merujuk pada pendekatan terapeutik yang digariskan untuk membantu individu menangani berbagai masalah psikologis, emosional, atau interaksi sosial secara keseluruhan. Pendekatan ini melibatkan berbagai teknik terapeutik yang dapat diterapkan secara luas untuk menangani berbagai jenis masalah mental atau emosional yang dihadapi individu.

b) Terapi modalitas

Terapi modalitas merujuk pada berbagai pendekatan atau teknik dalam bidang kesehatan mental yang digunakan untuk mengatasi masalah psikologis atau emosional. Ini mencakup berbagai jenis terapi, seperti terapi perilaku

kognitif (CBT), terapi psikodinamik, terapi keluarga, terapi interpersonal, terapi seni ekspresif, dan banyak lagi. Setiap terapi memiliki pendekatan yang berbeda dalam membantu individu meraih kesejahteraan mental mereka.

c) Terapi kognitif

Terapi Kognitif adalah pendekatan terapeutik yang difokuskan pada peran pikiran dan pola pikir dalam membentuk emosi dan perilaku seseorang. Dalam terapi ini, klien dan terapis bekerja sama untuk mengidentifikasi dan mengubah pola pikir negatif atau tidak sehat yang mungkin menyebabkan masalah emosional atau perilaku.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses sistematis dalam pengumpulan data dari sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status Kesehatan klien (Azizah et al., 2016). Seorang perawat jika diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri (Self awareness), kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi terapeutik, dan kemampuan berespons secara efektif, agar dapat mengidentifikasi seluruh kebutuhan perawatan klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan dan Defisit Perawatan diri. Hal-hal yang perlu dikaji pada klien Risiko Perilaku Kekerasan dengan Defisit Perawatan Diri, Meliputi:

a. Identitas Klien

Identitas klien merupakan Langkah awal pengkajian yang dilakukan petugas terhadap klien dengan melakukan BHSP dan kontrak. Diantaranya: Nama, umur, jenis kelamin, alamat lengkap, agama, pekerjaan, tanggal masuk, no. rekam medik, informasi keluarga yang bisa dihubungi/penanggungjawab.

b. Alasan Masuk

Alasan yang menyebabkan klien atau keluarga datang/dirawat di rumah sakit. Risiko perilaku kekerasan ancaman terhadap fisik, internal dan eksternal. Defisit Perawatan Diri penampilan acak- acakan dan tidak peduli dengan diri sendiri. Dan Harga Diri Rendah

c. Factor Predisposisi

- 1) Pada umumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu
- 2) Pengobatan sebelumnya kurang berhasil
- 3) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya, dan saksi penganiayaan
- 4) Ada anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa

- 5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu kegagalan yang dapat menimbulkan frustrasi

d. Factor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah rangsangan lingkungan yang langsung memicu timbulnya halusinasi, meliputi gangguan pola tidur, kondisi kecemasan pikiran yang tak menentu, minimnya dukungan sosial, dan rendahnya dukungan spiritual. Keempat tema ini diidentifikasi melalui analisis fenomenologis pada 15 pasien halusinasi pendengaran di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur, yang menunjukkan bahwa konteks lingkungan dan psikososial berperan sebagai pemicu utama episode halusinasi (Reliani, 2020). Selain itu, faktor stresor akut—seperti interaksi berkepanjangan dengan objek tak nyata atau isolasi sosial—dapat meningkatkan produksi neurotransmitter halusinogenik, memperburuk gejala sensoris (Eka, 2017).

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan TTV, Berat badan, Tinggi badan, Pemeriksaan Head to toe. Apakah ada keluhan fisik atau tidak.

f. Psikososial

1) Genogram

Menggambarkan 3 generasi keluarga dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh

2) Konsep Diri

- a) Citra Tubuh: Persepsi klien mengenai tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien mengenai tubuh yang disukai maupun tidak disukai.
- b) Identitas Diri Kaji status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki/ perempuan.
- c) Peran Diri Tugas atau peran klien di dalam keluarga/pekerjaan/kelompok maupun masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi/peran, perubahan yang terjadi di saat klien sakit maupun dirawat, apa yang dirasakan klien akibat perubahan yang terjadi.
- d) Ideal Diri: Harapan klien akan keadaan tubuhnya yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga/pekerjaan/sekolah, harapan klien akan lingkungan sekitar dan penyakitnya.
- e) Harga Diri: Hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada klien yang berhubungan dengan orang lain, fungsi peran yang tidak sesuai harapan, penilaian klien tentang pandangan atau penghargaan orang lain. Biasanya muncul masalah harga diri rendah

3) Hubungan Sosial

Biasanya hubungan social pada Risiko Perilaku Kekerasan terganggu karena adanya risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak terkontrol. Biasanya hubungan social pada Defisit Perawatan Diri akan terganggu karena penampilan klien yang kotor dan mengakibatkan orang sekitar menjauh dan menghindarinya. Tanyakan orang yang paling berarti dan kegiatan yang diikuti klien dalam Masyarakat

4) Spiritual

Biasanya Nilai dan Kepercayaan serta kegiatan ibadah klien terganggu dikarenakan klien mengalami gangguan jiwa. Tanyakan tentang pandangan dan keyakinan, terhadap gangguan jiwa sesuai norma dan budaya agama yang dianutnya.

g. Status Mental

1. Penampilan: Obsesi untuk menilai kebersihan klien.

Biasanya pada klien dengan Defisit Perawatan diri berpenampilan tidak sesuai.

2. Pembicaraan: Pada Risiko Perilaku Kekerasan biasanya

klien berbicara dengan nada keras, tinggi, menjerit, atau berteriak. Pada Defisit Perawatan Diri biasanya klien

berbicara lambat, gagap, sering terhenti/blocking, serta tidak mampu memulai pembicaraan

3. Aktivitas Motorik: pada Risiko Perilaku Kekerasan biasanya klien Agitasi (Gerakan yang menunjukkan kegelisahan, kompulsif (kegiatan berulang-ulang), grimasem (otot wajah berubah), seperti mengepal tangan dan rahang mengatup. Pada Defisit Perawatan Diri biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor, dan kompulsif.
4. Alam Perasaan pada Risiko Perilaku Kekerasan biasanya klien tidak merasa bersalah dengan apa yang sudah dilakukan, gembira berlebihan. Pada Defisit Perawatan Diri biasanya klien tampak sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa hina.
5. Afek: pada Risiko Perilaku Kekerasan biasanya labil, emosi cepat berubah-ubah dan tidak sesuai, emosi bertentangan dan berlawanan dengan stimulus. Pada Defisit Perawatan Diri biasanya datar, tumpul, emosi klien berubah-ubah, kesepian, apatis, depresi/sedih dan cemas.
6. Interaksi Selama Wawancara: biasanya klien tidak kooperatif, mudah tersinggung, menunjukkan sikap ataupun peran tidak percaya kepada pewawancara, bermusuhan, curiga

7. Persepsi: pada Risiko Perilaku Kekerasan kaji apakah ada sesuatu yang menghintruksikan klien untuk melakukan perilaku kekerasan. Pada Defisit Perawatan Diri kaji apakah ada ketakutan atau hal yang membuat klien tidak ingin membersihkan diri.
8. Proses Pikir pada Risiko Perilaku Kekerasan biasanya sirkumtansial (berbelit-belit tapi sampai tujuan), tangensial (berbelit-belit tapi tidak sampai tujuan), kehilangan asosia (tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lain. Pada Defisit Perawatan diri biasanya sirkumtansial, terkadang tangensial, kehilangan asosiasi, pembicaraan meloncat dari topik terkadang berhenti tiba-tiba.
9. Isi Pikir: pada Risiko Perilaku Kekerasan biasanya klien memiliki pemikiran curiga dan tidak percaya kepada orang lain dan merasa dirinya tidak aman. Pada Defisit Perawatan Diri biasanya phobia atau hipokondria
10. Tingkat Kesadaran: biasanya klien tampak bingung dan kacau
11. Memori: biasanya klien dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka pendek maupun Panjang

12. Kemampuan Penilaian: pada Risiko Perilaku Kekerasan biasanya klien tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif
 13. Daya Tilik Diri pada Risiko Perilaku Kekerasan biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya
- h. Kebutuhan Persiapan Pulang
- 1) Makan: Pada Defisit Perawatan Diri biasanya klien kurang makan, cara makan terganggu serta klien tidak memiliki kemampuan untuk menyiapkan dan membersihkan alat makan.
 - 2) BAB/BAK Pada Defisit Perawatan Diri biasanya klien BAB.BAK tidak pada tempatnya seperti di tempat tidur klien tidak dapat membersihkan BAB/BAKnya.
 - 3) Mandi: Pada Defisit Perawatan Diri biasanya klien jarang mandi, tidak tau cara mandi, tidak gosok gigi, mencuci rambut, menggunting kuku, tubuh klien tampak kusam dan badan klien mengeluarkan aroma bau.
 - 4) Berpakaian: Pada Defisit Perawatan Diri biasanya klien tidak mau mengganti pakain, tidak bisa memakai pakaian yang sesuai dan berdandan.
 - 5) Istirahat dan Tidur: Pada Defisit Perawatan Diri biasanya istirahat klien terganggu dan tidak melakukan aktivitas apapun setelah bangun tidur.

- 6) Penggunaan Obat Jika klien mendapat obat, biasanya klien minum obat tidak teratur.
- 7) Pemeliharaan Kesehatan: biasanya tentang perawatan lanjut yang dilakukan klien
- 8) Aktivitas di dalam Rumah klien tidak mampu melakukan semua aktivitas di dalam rumah karena klien selalu merasa malas.
- 9) Aktivitas di luar Rumah klien tidak bisa berbelanja untuk keperluan sehari-hari

i. Mekanisme Koping

Pada Risiko Perilaku Kekerasan biasanya klien menggunakan respon maladaptive yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat rumah tangga.

Mekanisme koping Pada harga diri rendah adalah berbagai cara yang digunakan seseorang untuk mengatasi perasaan negatif terhadap diri sendiri, termasuk perasaan tidak berharga, tidak mampu, dan tidak berdaya. Mekanisme koping ini bisa bersifat Maladaptif (merugikan) seperti Penarikan diri dengan Menghindari interaksi sosial dan menarik diri dari lingkungan sekitar, Perilaku menyalahkan diri sendiri Terus-menerus

menyalahkan diri sendiri atas kegagalan atau kekurangan. Dan adaptif (membantu).

j. Masalah-masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan.

k. Pengetahuan

Klien Risiko Perilaku Kekerasan biasanya kurang pengetahuan tentang penyakitnya dan tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

Klien Defisit Perawatan Diri terkadang mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan.

2. Analisa Data

Tabel 2. 1 Analisa Data

No	Data	Masalah
1.	Ds: - Verbalisasi keinginan marah Do: - Kontak mata kurang - Sorot mata tajam - Tampak mata memerah - Tampak gelisah	Risiko Prilaku Kekerasan
2.	Ds: - Menilai diri negative - Merasa malu/bersalah - Merasa tidak mampu melakukan apapun - Meremehkan kemampuan mengatasi masalah Do: - Enggan mencoba hal baru - Berjalan menunduk - Postur tubuh menunduk	Harga Diri Rendah

(Sumber;R SDKI 2017)

3. Diagnose Keperawatan

- a. Risiko Prilaku Kekerasan
- b. Harga Diri Rendah

(Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

4. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Rencana Keperawatan		Intervensi	rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil		
1	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan perawatan klien mampu : 1. Membina hubungan saling percaya 2. Klien dapat mengenal halusinasinya 3. halusinasinya 4. Klien dapat mengontrol halusinasinya 5. halusinasinya 6. Mengikuti program 7. Pengobatan secara optimal 8. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik	Setelah 1x pertemuan klien dapat : 1. Ketika dievaluasi pasien mampu membalas salam, tersenyum, ada kontak mata serta menyediakan waktu untuk kunjungan 2. dievaluasi 3. waktu untuk kunjungan 4. berikutnya 5. Bersedia menceritakan perasaannya 6. perasaannya Setelah pertemuan kedua klien mampu:	SP 1 Bina hubungan saling percaya dengan cara menjelaskan maksud tujuan interksi dan identifikasi penyebab perasaan marah tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik I SP 2 Latih mengontrol perilaku kekerasan secara fisik II : 1. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 2. Pukul Kasur dan bantal	SP 1 Hubungan saling percaya merupakan landasan utama untuk hubungan selanjutnya dan membantu pasien mengenali perilaku kekerasan dan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan SP 2 Agar pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara teknnin nafas dalam dan memukul bantal

			1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari Setelah pertemuan ketiga klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari Setelah pertemuan keempat klien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan	SP 3 Latih mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal: 1. Menolak dengan baik 2. Meminta dengan baik 3. Mengungkapkan perasaan dengan baik SP 4 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3. Anjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian SP 5 1. Evaluasi kegiatan harian klien 2. Mendiskusikan manfaat minum	SP 3 Untuk melatih pasien mengungkapkan rasa marah secara verbal seperti menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan cara yang baik. SP 4 Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara beribadah sholat dan berdoa SP 5 1. Memanatu perkembangan pasien dan menentukan berjalannya intervensi
--	--	--	---	--	---

			2. Klien dapat menyebutkan manfaat dosis dan efek samping obat 3. Klien dapat memahami akibat berhenti minum obat	obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter 3. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 4. Jelaskan prinsip benar minum obat (baca nama yang tertera, dosis obat, waktu, dan cara minum) 5. Beri pujian, jika klien minum obat dengan benar	selanjutnya 2. Klien dapat mengetahui kegunaan obat yang dikonsumsi klien 3. Klien dapat memiliki kesadaran pentingnya obat 4. Klien dapat mengetahui prinsip benar agar tidak terjadi kesalahan dalam mengonsumsi obat 5. Memotivasi klien serta dapat meningkatkan harga diri
--	--	--	---	--	--

2	Harga Diri Rendah	Klien mampu: 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 2. Menilai 3. kemampuan yang dapat digunakan 4. Memilih kemampuan yang sesuai 5. Merencanakan kegiatan yang sudah dipilih	Setelah 1x pertemuan klien mampu: 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 2. Memiliki kemampuan yang dapat digunakan 3. Memilih kegiatan sesuai 4. Melakukan kegiatan yang sudah dipilih 5. Merencanakan kegiatan yang sudah dilatih	SP 1: 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien a. Diskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan klien di rumah, adanya keluarga, dan lingkungan terdekat klien b. Beri pujian yang realistis dan hindarkan penilaian negatif setiap kali.	Sp 1: 1. Mengeksplorasi kemampuan positif yang dimiliki klien 2. Membantu klien menghargai 3. kemampuan 4. Membantu klien mengembangkan 5. kemampuan yang ada 6. Untuk mengontrol klien dalam Melakukan kegiatan nya
---	-------------------	---	---	--	---

			Setelah 2 kali pertemuan Sp 2 1) Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp 1) 2. Pilih kemampuan 2) kedua yang dapat dilakukan. 3) Latih kemampuan yang dipilih 4) Memasukan dalamjadwal kegiatan klien 5) Berikan penghargaan atau pujian atas kemajuan klien.	2) Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan a. Diskusikan dengan klien kemampuan yang masih digunakan saat ini. b. Bantu klien Menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien. c. Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif 3) Membantu klien memilih / menetapkan kemampuan yang akan dilatih	
--	--	--	--	--	--

				a. Diskusikan dengan klien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan klien lakukan sehari-hari b. Bantu klien menetapkan aktifitas mana yang dapat klien lakukan secara mandiri c. Aktifitas yang memerlukan bantuan minimal dari perawat d. Aktifitas apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat e. Beri contoh cara pelaksanaan aktifitas yang telah dipilih klien f. Mendiskusikan dengan klien untuk menetapkan urutan	
--	--	--	--	---	--

				kegiatan (yang sudah dipilih klien)	
--	--	--	--	--	--

				4) Melatih kemampuan yang dipilih a. Bersama klien memperagakan beberapa kegiatan yang akan di lakukan oleh klien b. Berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai dengan kemampuan yang di perhatikan klien 5) Membantu menyusun a. Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan b. Memberikan pujian atas aktifitas / kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari	
--	--	--	--	--	--

				c. Susun daftar aktifitas yang sudah dilakukan bersama klien. SP 2 1. Memantankan perkembangan klien dalam melakukan kegiatan. 2. Latih kemampuan klien yang bisa selain kemampuan yang pertama. 3. Bantu klien mengidentifikasi kemampuan yang latih. 4. Untuk mengontrol kegiatan sehari – hari. 5. Penghargaan dan pujian akan memotivikasi klien dalam kemajuan yang telah dilakukan serta diri klien.	
--	--	--	--	---	--

5. Implementasi

Implementasi merupakan tahapan Ketika perawatn mengaplikasikan ke dalam bentuk intevensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan Teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan Pendidikan Kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi (Anggit, 2021)

Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan terdiri dari tiga jenis yaitu: independent implementations, interdeppenden/collaboratif dan dependent implementations (Dinarti; Mulyanti, 2017). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawqat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien saat ini.

6. Evaluasi Keperawatan

Mengukur apakah tujuan dan kriteria sudah tercapai. Perawat dapat mengobservasi perilaku pasien. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP dengan penjelasan sebagai berikut

- a. S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan. Dapat diukur dengan menanyakan pertanyaan sederhana

terkait dengan tindakan keperawatan seperti "coba bapak/ibu sebutkan apa akibat dan dampak dari bapak/ibu menarik diri?"

- b. O : Respon objektif dari pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat tindakan dilakukan.
- c. A: Analisis yang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.
Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan
- d. P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil Analisa pada respon pasien yang terdiri dari tindak lanjut pasien dan tindak lanjut perawat.

(AA DENO, 2022)

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Laporan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1. Identitas Klien

Nama	: Ny. A
Umur	: 35 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SLK
Pekerjaan	: Tidak Bekerja
Alamat	: Ujung berung
Tanggal Pengkajian	: 24 April 2025
Tanggal Masuk	: 17 April 2025
No Rekam Medis	014720
Diagnosa Medis	: Gangguan Afektif Bipolar

2. Identitas Penanggung jawab

Nama	: Ny. S
Umur	: 54 Tahun
Alamat	: Ujung Berung
Pekerjaan	: Wirausaha
Hubungan dengan klien	: Ibu kandung

b. Alasan Masuk

Klien masuk Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut diantar oleh ibu nya dan petugas medis pada tanggal 17 april 2025 dengan keluhan klien marah marah dan teriak teriak, dan merusak pintu rumahnya.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 April 2025 pukul 10.00 WIB klien tampak sedang berbincang bersma kawanya, saat sedang berbincang klien menjawab dengan kooperatif awal interaksi klien menjawab pertanyaan yang ditanya, klien mengatakan sangat marah sama orang tuanya karena ibunya mempunyai hubungan dengan mertuanya, klien juga mengatakan cerai sama suaminya, Klien merasa Malu Pada tetangganya karena seorang Janda dan tidak Punya pekerjaan karena hal itu klien membuat tato agar dirinya merasa lega dengan rasa sakit Ketika membuat tato

c. Faktor Predisposisi

1. riwayat gangguan jiwa di masalalu

Klien sakit sejak tahun 2014, kambuh pada tahun 2024 namun tidak masuk Yayasan tetapi berobat jalan dan pengobatannya tidak berhasil, dirumah klien tidak rutin meminum obat dan tidak mau kontrol sehingga timbul gejala marah dan teriak-teriak. Keluarga membawa ke Cibiru tanggal 12 April 2025

setelah itu dipindahkan ke Yayasan Nur Illahi pada 17 April 2025,

2. Pengobatan Sebelumnya

Klien Pertama Kali di bawa ke psikiater tetapi rawat jalan dan Pengobatan tidak berhasil.

3. Aniaya fisik

Klien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya fisik dan klien juga mengatakan suka memarahi orang tetapi tidak pernah memukul atau mencederai.

4. Aniaya Sex

Klien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku maupun korban aniaya sex.

5. Penolakan

Klien merasa ditolak oleh keluarga karena merasa tidak di urus dimasukkan ke Yayasan dan merasa ditolak karena tidak mempunyai pekerjaan.

6. Kekerasan dalam keluarga

Klien mengatakan tidak ada kekerasan di dalam keluarganya dan tidak ada perkataan yang menyinggung

7. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

Klien mengatakan dianggota keluarganya tidak ada yang memiliki gangguan jiwa seperti dirinya.

8. Pengalaman masalah yang tidak menyenangkan

Klien mempunyai pengalaman penceraian dengan suaminya, dan pada saat mau menjalin hubungan baru tetapi klien putus juga dengan yang baru

d. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

2. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 86 x/menit

Suhu : 36,5°C

Respirasi : 24 x/menit

3. Pemeriksaan Antropometri

Tinggi Badan 158

Berat Badan 80

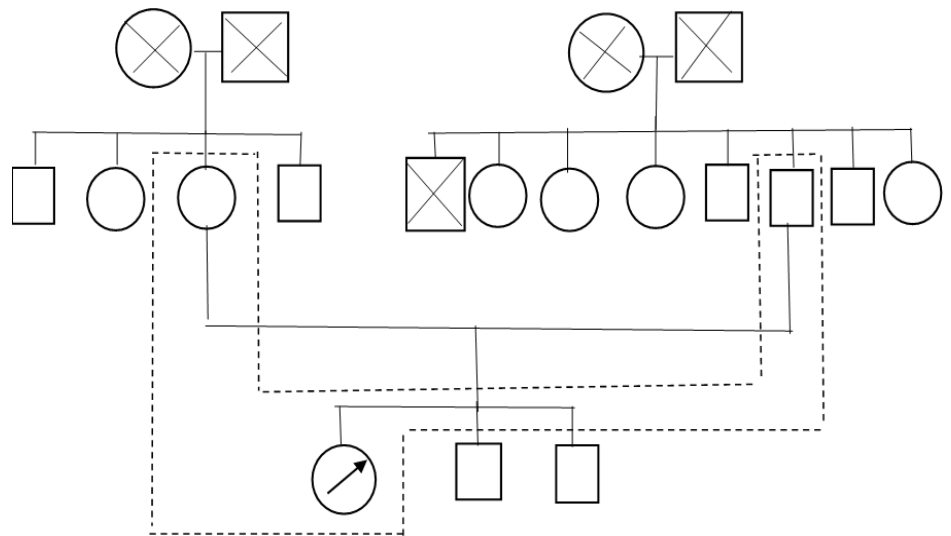
4. Keluhan Fisik

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan mual dan meminta obat mual

e. Psikososial

1. Genogram

Bagan 3. 1 Genogram



Keterangan :

- : Laki laki
- : perempuan
- : garis perkawinan
- └ : garis keturunan
- ✕ : meninggal
- : garis serumah
- ↗ : klien

Keterangan :

Klien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara, dikeluarganya tersebut tidak ada yang memiliki gangguan jiwa selain klien. Klien sudah menikah namun serumah dengan ayah ibu dan adik terakhirnya, tetapi sekarang klien menjalani rehabilitas mental di klinik Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut

2. Konsep diri

a) Citra tubuh

Pasien mengatakan menyukai mata dan bibirnya karena matanya mirip ibunya dan bibirnya seksi

b) Identitas diri

Klien mengatakan status dan posisinya sebelum dirawat di klinik rehabilitas mental Nur Illahi Assanie adalah sebagai seorang perempuan berusia 35 tahun dan merupakan seorang kakak dari 3 bersodara dan seorang janda tetapi belum mempunyai anak.

c) Peran diri

Sebagai anak pertama klien merasa gagal menjadi contoh bagi adik adiknya

d) Ideal diri

Klien mengatakan harapannya ingin segera sembuh dan ingin segera pulang, dan klien mengatakan Ketika sudah pulang ingi bekerja dan ingin menikah

e) Harga diri

Klien merasa dirinya tidak berguna karena tidak bekerja.

3. Hubungan Sosial

a) Orang yang berarti/terdekat

Klien mengatakan orang yang paling berarti didalam Yayasan adalah Ny.H dan Ny.D karena mereka satu kamar dan orang berarti baginya adalah orang tua karena sudah membawa berobat dan berusaha untuk anaknya sembuh

b) Peran serta dalam kelompok/masyarakat

Klien mengatakan dulu di lingkungan rumahnya klien tidak pernah ikut serta dalam kegiatan bermasyarakat dan klien mengatakan tidak mempunyai teman dilingkungan rumahnya tetapi di Yayasan klien mengatakan suka mengikuti kegiatan pengajian, marawis, game, senam dan lainnya

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

f. Spiritual

1. Nilai dan Keyakinan

Klien mengatakan bahwa klien beragama islam, dan memiliki keyakinan banyak beribadah dan berdoa akan mempercepat proses penyembuhan

2. Kegiatan ibadah

Klien mengatakan melaksanakan sholat 5 waktu, melaksanakan shalat dhuha, setiap hari mengaji dan pengajian hari kamis dan jumat.

g. Status mental

1. Penampilan

Klien berpenampilan rapih, rambut diikat rapih, penggunaan baju sesuai dengan aturan Yayasan klinik Nurillahi, Klien mengatakan mandi 1x/hari dan menggosok gigi, klien tidak bau mulut, gigi tampak kotor, kuku pendek

2. Pembicaraan

Saat diajak berinteraksi klien menjawab pertanyaan dengan sedikit lantang dan bibir bergetar dan menunduk

Masalah Keperawatan : Resiko Prilaku kekerasan

3. Aktivitas Motorik

Klien tampak lesu, gelisah dan sering melamun

4. Alam perasaan

Klien mengatakan sedih karena dimasukan ke yayasan dan kangen orang tua karena jauh dari rumah

Masalah Keperawatan: Harga Diri Rendah

5. Afek baik

Labil, emosi yang berubah rubah Ketika diwawancarai klien tampak Bahagia tetapi Ketika sendiri sering melamun tatapan kosong dan Ketika Bersama temanya klien sering membentak dan marah marah

6. Interaksi selama wawancara

Klien koferatif, ada kontak mata pada lawan bicara, mudah tersinggung dalam setiap interaksi

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

7. Persepsi

Klien mengatakan tidak pernah melihat sesuatu yang aneh dan tidak pernah mendengar suara anehh

8. Proses pikir

Pada saat di kaji klien mampu menjawab apa yang ditanya dengan baik namun berbelit belit tetapi sampai pada tujuan dan mendapat jawaban

9. Isi pikir

Klien mengatakan Ketika pulang dari Yayasan klien ingin bekerja untuk melunasi cicilan

10. Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran klien baik, klien menyadari dirinya sedang dirawat di Yayasan klinik Nur Illahi, klien mengenali teman teman yang ada di klinik

11. Memori

Klien mampu menceritakan kejadian dimasak dan kejadian yang baru terjadi

12. Tingkat konsentrasi

Klien mampu berkonsentrasi perhitungan klien berada di Yayasan tanpa bantuan orang lain contohnya menghitung uang

13. Kemampuan penilaian

Klien dapat membedakan hal yang baik dan hal yang buruk, klien juga mampu mengambil keputusan seperti mau duduk dimana dan menentukan tempat berbincang

14. Daya tilik diri

Klien tidak mengingkari penyakit yang didrita, klien mengetahui bahwa dia sering marah marah dan teriak

Masalah Keperawatan : Resiko Prilaku Kekerasan

h. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Klien makan 1 porsi 2x/hari, makan sendiri dengan menu yang tersedia. Klien makan dengan tenang dan tertib.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah

2) BAB/BAK

Bila ada keinginan BAB/BAK, klien selalu ke WC atau Kamar mandi tanpa bantuan.

3) Mandi

Klien mampu mandi sendiri, 1x/hari, dan mengatakan jarang mencuci rambut (keramas), gosok gigi bila ingat, mampu menjaga kebersihan kuku.

4) Berpakaian/ Berhias

Klien menggunakan baju Yayasan sesuai jadwal , dan klien mengatakan tidak ada masalah dengan bajunya karena tampak bersih dan wangi.

5) Istirahat dan Tidur

Klien tidur malam 7-8 jam/hari klien mengatakan tidurnya nyenyak, tetapi sesekali klien merasa tidurnya kurang nyenyak. Tidur siang klien tidak menentukan kadan 1/2jam atau bahkan tidak tidur siang

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah

6) Penggunaan Golongan Obat

Pada saat dikaji klien mampu minum obat sendiri tanpa bantuan orang lain, karena klien mengatakan sudah terbiasa minum obat tersebut dengan dosis yang sudah ditentukan.

Masalah keperawatan: Tidak Ada Masalah

a) Jenis Obat:

1. Mood Stabilizy Age
2. SSRI (Serotonim Selective Reuptake Inhibitor)

b) Cara Pemberian: Oral

7) Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan setelah sembuh nanti dia ingin mengajak anak- anaknya healing.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah

8) Aktivitas di Dalam Rumah

Klien mengatakan setelah sembuh nanti, klien mengatakan ingin melakukan aktivitas sehari-hari seperti beres-beres, mencuci pakaian, dan lain-lain.

i. Mekanisme coping

1) Adaktif

- a. Klien mampu berbicara dengan orang lain
- b. Klien kooperatif
- c. Klien mampu beribadah
- d. Orang yang dipercayai oleh klien adalah ibunya

2) Maladaktif

- a. Ketika ada masalah pada saat di klinik klien suka berdiam melamun dengan tatapan kosong

- b. Ketika ada masalah pada saat di rumah klien melukai dirinya dengan membuat tato untuk melampiaskan masalahnya
- c. Klien menyalahkan diri sendiri atas kegagalan dalam rumah tangganya

j. Masalah psikososial dan lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan Ketika di Yayasan Nur Illahi tidak ada hambatan

2. Masalah dengan lingkungan

Klien mengatakan tidak mempunyai teman di lingkungan rumahnya, tetapi Ketika di Yayasan Nur Illahi klien mengatakan mempunyai banyak teman

3. Masalah hubungan dengan Pendidikan

Klien mengatakan tidak ada masalah dalam Pendidikandan klien mengatakan bahwa dirinya berpendidikan sampai S1

4. Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan ada masalah dalam pekerjaan, berhenti bekerja karena habis kontrak Ketika memperpanjang kontrak ada masalah lain hingga perkerjaan nya berhenti

5. Masalah dengan Perumahan

Klien mengatakan dirinya malu karena seorang janda yang tidak mempunyai pekerjaan

6. Masalah ekonomi

Klien mengatakan untuk kehidupan sehari-hari tercukupi dari penghasilan ibunya memukakan usaha di rumahnya tetapi mempunyai cicilan motor

7. Masalah dengan pelayanan Kesehatan

Klien mengatakan tidak ada masalah dalam pelayanan Kesehatan karena Ketika di rumah dekat dengan puskesmas dan Ketika di Yayasan pihak pelayanan Kesehatan yang datang ke Yayasan

8. Kurang pengetahuan

Klien mengatakan sudah mengetahui dan menyadari tentang penyakit bipolar yang dialaminya

k. Aspek Medis

1. Diagnosa medis : Bipolar

2. Terapi medis

Tabel 3. 1 Terapi medis

No	Nama obat	Dosis	Waktu pemberian	kegunaan	Efek samping
1.	Stelosi	5mg	08.00 17.00	Mengatasi stress	Mulut kering dan sembelit
2.	Risperidone	2mg	08.00 17.00	Menyeimbangkan kadar dopamin, mengatur suasana hati	mengantuk
3.	Hexamer	5mg	08.00 17.00	Penyeimbang / menghindari efek samping tremor dan mata juling	Mulut kering dan pusing
4.	Nuzip	25mg	17.00	Penambah mood	mual

3. Daftar Masalah Keperawatan

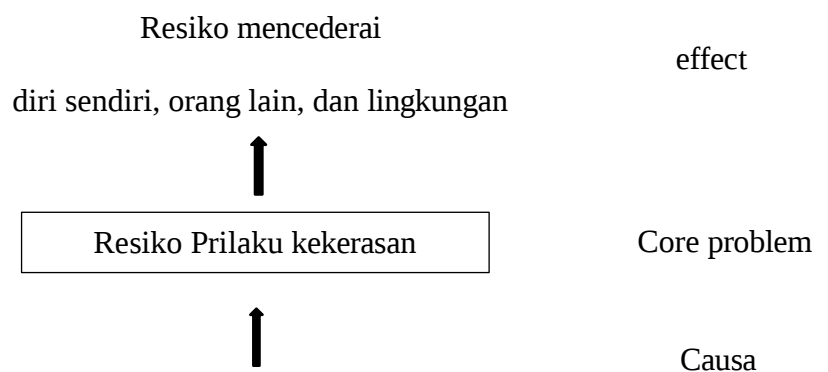
1. Resiko Prilaku kekerasan
2. Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah

2. Analisa Data

Tabel 3. 2 Analisa Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1.	Ds: klien mengatakan sangat marah sama orang tuanya karena ibunya mempunyai hubungan dengan mertuanya, klien juga mengatakan cerai sama suaminya. Do: 1. Klien berbicara dengan nada tinggi 2. Sorot mata tajam 3. Tampak emosi	Resiko Prilaku Kekerasan
2.	Ds: Klien merasa Malu Pada tetangganya karena seorang Janda dan tidak Punya pekerjaan karena hal itu klien membuat tato agar dirinya merasa lega dengan rasa sakit Ketika membuat tato Do: 1. Klien tampak sedih 2. Klien tampak melamun 3. Klien tampak sering menunduk	Harga Diri Rendah

3. Pohon Masalah



Harga Diri Rendah

4. Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Resiko Prilaku kekerasan b.d Disfungsi system keluarga

Ds:

Klien mengatakan sangat marah sama orang tuanya karena ibunya mempunyai hubungan dengan mertuanya, klien juga mengatakan cerai sama suaminya.

Do:

1. Klien berbicara dengan nada tinggi
 2. Sorot mata tajam
 3. Tampak emosi
2. Harga Diri Rendah b.d perubahan peran sosial

Ds

Klien merasa Malu Pada tetangganya karena seorang Janda dan tidak Punya pekerjaan karena hal itu klien membuat tato agar dirinya merasa lega dengan rasa sakit Ketika membuat tato

Do:

1. Klien tampak sedih
2. Klien tampak melamun
3. Klien tampak sering menunduk

5. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnose	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Resiko Prilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawata Selama 5hari diharapkan klien mampu 1. Klien mampu mengidentifikasi penyebab prilaku kekerasan 2. Mengidentifikasi tanda tanda prilaku kekerasan 3. Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan 4. Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan 5. Menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasan	SP I 1. Membina hubungan saling percaya dengan - Mengucap salam teurapetik - Berjabat tangan - Menjelaskan tujuan interaksi - Membuat kontak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu klien 2. Identifikasi resiko prilaku kekerasan pasien - Anjurkan pasien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat emosi - Bantu pasien mengungkapkan penyebab	1. Klien mampu menjalin hubungan saling percaya denan perawat 2. penyebab tanda dan gejala cara mengatasi akibat resiko prilaku kekerasan 3. Agar klien dapat mengungkapkan rasa marah dengan Latihan fisik 1 dan tidak pada orang lain untuk mengontrol dirinya dari emosi 4. Melatih pasien untuk menerapkan Tindakan yang sudah diberikan

		6. Mencegah/mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik, spiritual, sosial dan terapi psikofarmaka	perasaan emosi - Bantu pasien untuk mengobservasi tanda dan gejala masalah yang dialami - Bantu pasien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh pasien 3. Melatih pasien dengan cara Latihan fisik 1: Relaksasi nafas dalam 4. Anjurkan pasien mencatat Tindakan yang telah diberikan perawat SP II 1. Evaluasi masalah dan Latihan sebelumnya - Pasien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan - Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala resiko perilaku	1. Membantu klien untuk menentukan kegiatan selanjutnya 2. Membantu klien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa
--	--	---	--	--

			- Mengungkapkan perasaan dengan baik 4. Anjurkan pasien memasukan ke jadwal kegiatan sehari hari SP IV 1. Evaluasi masalah dan Latihan sebelumnya : klien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 3 : berbicara dengan baik 2. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan berdoa dan beribadah menganjurkan pasien sholat 5 waktu untuk meredakan rasa maranya 3. Anjurkan pasien memasukan kedalam kegiatan harian SP V	marahnya 3. Membantu pasien untuk meminta dengan baik 4. Membantu klien untuk mengingat dan menerapkan Tindakan yang sudah diberikan 1. Membantu klien untuk menentukan kegiatan selanjutnya 2. Membantu pasien dengan cara spiritual berdoa dan beribadah untuk meredakan maranya 3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan Tindakan yang sudah diberikan
--	--	--	---	---

			1. Evaluasi masalah dan Latihan sebelumnya : pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan Latihan cara spiritual dan beribadah 2. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur, mengajarkan pasien mengenal obat yang dikonsumsi dan menjelaskan efek samping 3. Anjurkan pasien memasukan dalam kegiatan harian	1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya 2. Membantu pasien agar terbiasa memakan obat secara teratur 3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan Tindakan yang sudah diberikan
2.	Harga Diri Renah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 hari diharapkan pasien mampu : 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dapat	SP I 1. Bina hubungan saling percaya 2. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien - Diskusikan bahwa klien	1. Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran komunikasi 2. Mengeksplorasi kemampuan positif yang

		digunakan - Memiliki kemampuan yang dapat digunakan - Memilih kegiatan yang sudah dipilih - Merencanakan kegiatan yang sudah dilatih	masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan klien di rumah - Beri pujian yang realistis dan hindarkan penilaian negative setiap kali bertemu dengan klien - Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan - Diskusikan dengan klien kemampuan yang masih digunakan saat ini - Bantu klien menyebutkan dan memberi pujian penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien - Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif - Membantu klien memilih/menetapkan	dimiliki klien - Membantu klien menghargai kemampuannya - Membantu klien mengembangkan kemampuannya yang ada - Memberikan pujian atas kemampuan yang sudah dipilihnya - Untuk mengontrol klien dalam melakukan kegiatan
--	--	---	--	---

			kemampuan yang akan dilatih - Diskusikan dengan klien beberapa aktivitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan klien lakukan sehari-hari - Bantu klien menetapkan aktivitas mana yang dapat klien lakukan secara mandiri - Aktivitas yang memerlukan bantuan minimal dari perawat 5. Melatih kemampuan yang dipilih klien - Bersama klien memperagakan beberapa kegiatan yang akan dilakukan oleh klien - Berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai dengan kemampuan yang diperlihatkan klien 6. Membantu Menyusun jadwal	
--	--	--	---	--

			pelaksanaan kemampuan yang dilatih - Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan - Memberikan pujian atas aktivitas/kegiatan yang dilakukan setiap hari - Tingkatkan kegiatan sesuai toleransi SP II 1. Melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien	
--	--	--	---	--

6. Impementasi dan Evaluasi

Tabel 3. 4 Implementasi dan Evaluasi

No	Diagnose	Implementasi	Evaluasi	Ttd
1	Resiko Prilaku Kekerasan	Tgl: 25/04/2025 Jam: 11.00 SP I - Membina hubungan saling percaya - Mengucap salam teurapetik - Berjabat tangan - Menjelaskan tujuan interaksi - Membuat kontak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu klien - Mengidentifikasi resiko prilaku kekerasan pasien - Anjurkan pasien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat emosi - Bantu pasien mengungkapkan penyebab perasaan emosi - Bantu pasien untuk mengobservasi tanda dan gejala masalah yang dialami	Tgl: 25/04/2025 Jam: 11.30 S: - Klien mengatakan suka tiba tiba kesal ingin marah jika teringat hal yang membuat sakit hati - Klien mengatakan Ketika di RSJ Cisarua ngamuk ngamuk melempar makanan karena tidak mau makan - Klien mengatakan melakukan Tindakan diatas karena jengkel kepada orang tuanya. - Klien mengatakan selama di klinik belum pernah bertengkar dengan teman sesame Yayasan karena tahu konsekuensinya	Alma

		- Bantu pasien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh pasien 3. Melatih pasien dengan cara Latihan fisik 1: Relaksasi nafas dalam 4. Menganjurkan pasien mencatat Tindakan yang telah diberikan perawat RTL: - Evaluasi SP 1 - Lanjut SP 2: Melatih mengontrol secara fisik (pukul bantal dan Kasur) - Masukan jadwal harian	akan dijauhi teman - Klien merasa hanya merasa tidak suka terhadap beberapa orang yang ada di klinik O: - Nada bicara tinggi - Emosi - Ketika ada yang mengganggu klien membentak A: SP 1 teratasi 1. Klien mampu berkenalan dan bercerita terbuka kepada perawat 2. Klien mengetahui penyebab perilaku kekerasan 3. Klien mengetahui bagaimana perasaan sebelum klien melakukan perilaku kekerasan 4. Klien melatih cara mengontrol pertama yang telah dipilih P: 1. Evaluasi Latihan nafas dalam 2. Lanjut SP 2: mengontrol perilaku	
--	--	--	---	--

			kekerasan secara fisik 3. Susun jadwal kegiatan harian cara ke 2	
	Harga Diri Rendah	Tgl : 25/04/2025 Jam 13.00 SP I 1. Membina Hubungan saling percaya 2. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien 3. Membantu klien menilai kemampuan yang dapat digunakan 4. Membantu klien memilih atau menetapkan kemampuan yang akan dilatih 5. Melatih kemampuan yang dipilih klien 6. Membantu klien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih SP II 1. Melatih kemampuan klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan	Tgl : 25/04/2025 Jam 13.30 S: 1. Klien mengatakan kemampuan yang dimilikinya adalah menyanyi 2. Klien mengatakan ingin belajar marawis O: 1. Klien mampu menyebutkan aspek positif / hal yang ingin dilatih 2. Klien tampak ikut aktif bermain game A: Harga diri rendah P: Evaluasi SP I dan SP II	Alma

7. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan

No	Tanggal	Diagnose	Catatan perkembangan	Ttd
1	26/4/2025	Resiko Prilaku Kekerasan	S: 1. Klien mengatakan akan mengikuti intruksi perawat untuk melakukan cara fisik 2 apabila nanti klien merasa kesal dan ingin memukul akan menerapkan hal tersebut 2. Klien mengatakan akan Latihan secara mandiri agar terbiasa 3. Klien sebelumnya merasa kesal kepada teman yang menasehatinya O: 1. Klien berbicara cepat 2. Mata melotot 3. Klien mengikuti intruksi Ketika Latihan fisik 2 A: Resiko Prilaku Kekerasan SP II P: 1. Mengevaluasi jaadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih Mengontrol perilaku marah dengan cara verbal dan spiritual 3. Menganjurkan klien memasukan kejadwal kegiatan harian I:	Alma

			1. Evaluasi SP I dan SP II 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 3. Melatih Mengontrol perilaku marah dengan cara verbal dan spiritual 4. Mengajukan klien memasukan jadwal kegiatan harian E: SP I dan II teratasi R: 1. Lanjut SP III dan IV melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal dan spiritual	
	26/04/2025	Harga Diri Rendah	S: 1. Klien mengatakan kemampuan yang dimilikinya adalah menyanyi dan ingin belajar marawis 2. Klien mengatakan mengikuti permainan game O: 1. klien mampu memilih aspek positif yaitu belajar marawis 2. Klien tampak sedang bermain game 3. Klien tampak mengikuti kegiatan marawis A: Harga diri rendah P: 1. Identifikasi kemampuan positif	Alma

			2. Bantu klien memilih yang akan dipilih 3. Latih klien melakukan kegiatan sesuai kemampuan klien 4. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian I: 1. Mengidentifikasi kemampuan positif 2. Membantu klien memilih kemampuan yang akan dipilih 3. Melatih klien melakukan kegiatan sesuai kemampuan klien E: SP 1 teratasi R: 1. lanjut SP 2 2. Evaluasi kegiatan SP 1 3. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian klien	
2.	27/04/2025	Resiko Prilaku Kekerasan	S: 1. Klien mengatakan sudah tau cara menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik 2. Klien mengatakan kegiatan pagi yaitu sholat, mandi dan sarapan 3. Klien mengatakan selalu menjalankan sholat 5 waktu O:	Alma

			1. Klien sudah menerapkan cara bagaimana mengungkapkan dan meminta dengan baik 2. Klien kooperatif 3. Kontak mata baik A: Resiko Prilaku Kekerasan SP 3 dan SP 4 P: 1. Diskusikan hasil latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal 2. Latih shalat atau berdoa 3. Latih klien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat 4. Susun jadwal minum obat secara teratur I: 1. Mendiskusikan hasil latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal 2. Melatih shalat atau berdoa 3. Melatih klien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat 4. Menyusun jadwal minum obat secara teratur	
--	--	--	--	--

	27/04/2025	Harga diri rendah	S: 1. Klien mengatakan ingin bernyanyi 2. Klien mengatakan ingin belajar marawis O: 1. Klien mampu melakukan aspek positifnya bernyanyi dengan benar 2. Klien mampu melakukan kegiatan lain, klien tampak sedang menghafal marawis A: Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah P: Evaluasi SP I dan SP II I: Mempertahankan intervensi yang telah dilakukan R: Pertahankan intervensi	Alma
3.	28/04/2025	Resiko Prilaku Kekerasan	S: 1. Klien mengatakan merasa tenang 2. Klien mengatakan minum obat 3x sehari yaitu pagi, siang dan malam 3. Klien mengatakan tahu keuntungan dan kerugian minum obat 4. Klien mengatakan mengetahui obat obat yang diminumnya.	

			Nama obatnya Haloperidol, Heximer, Stelosi, Nuzip dan Merlopam 5. Klien mengatakan obat Haloperidol, Heximer dan stelosi diminumnya 3x (pagi-siang-malam) kalau Nuzip dan Merlopam 1x pada sore hari saja 6. Klien mangatakan mengetahui SP I, SP II, SP III, SP IV dan SP V untuk mengontrol Risiko Perilaku Kekerasannya. O: 1. Klien minum obat secara teratur 2. Klien minum obat tertelan sampai masuk tenggorokan 3. Kontak mata baik A: Risiko Prilaku Kekerasan P: Pertahankan intervensi	
	28/04/2025	Harga Diri Rendah	S: - Klien mengatakan suka bernyanyi di waktu luang - Klien mengatakan sudah bisa bermain marawis dan ingin menampilkan marawisnya saat terakhir bertemu - Klien mengatakan mengikuti Terapi aktivitas kelompok O: 1. Klien mampu mengidentifikasi aspek positif 2. Klien mampu memilih kemampuannya 3. Klien mampu memilih kemampuan yang dilatih	Alma

			4. Klien mampu melatih dan menjadwalkan pelaksanaan kemampuan yang dipilih 5. Klien tampak sedang menyanyi dan marawis A: Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah Kronis P: Pertahankan intervensi I: Mempertahankan intervensi E: SP I dan SP II teratasi R: Pertahankan intervensi	
--	--	--	--	--

B. Pembahasan

Dalam bab ini, penulis membahas permasalahan yang ditemukan selama pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. A pasien bipolar dengan risiko perilaku kekerasan yang dirawat di Klinik Nur Illahi Assanie, Samarang. Pembahasan ini difokuskan pada analisis kesenjangan antara teori keperawatan jiwa yang telah dipelajari dengan kondisi nyata di lapangan, serta menguraikan berbagai faktor yang mendukung maupun menghambat dalam pemberian asuhan keperawatan. Setiap tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi yang dikaji secara kritis.

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis mengumpulkan data Ny.A secara menyeluruh yang meliputi data subjektif dan objektif. Data subjektif diperoleh melalui wawancara langsung dengan Ny.A

Berdasarkan pengkajian tanggal 24 April 2025 pukul 10.00 Ny.A dibawa ke RSJ dikarenakan pada tanggal 17 April 2025 Ny.A menunjukkan risiko perilaku kekerasan ditandai dengan tindakan marah-marah, berteriak, dan destruktif terhadap properti (merusak pintu). Pada saat dilakukan pengkajian Ny.A mampu berinteraksi kooperatif, namun mengungkapkan kemarahan mendalam terhadap orang tua, perasaan malu akibat status janda dan pengangguran, serta menggunakan tato sebagai mekanisme koping melalui sensasi nyeri. Hal-hal ini menunjukkan adanya disregulasi emosi yang signifikan dan

juga impulsivitas yang merupakan faktor predisposisi utama bagi munculnya perilaku agresif. Data hasil pengkajian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Drachman et al., (2022) yang menyatakan pasien bipolar sering mengalami *emotion-relevant impulsivity*, yaitu kecenderungan bertindak tanpa berpikir ketika emosi tinggi yang membuat pasien susah untuk memprediksi kemarahan, agresi verbal, hingga agresi fisik, bahkan pada fase remisi. Secara neurobiologis, sebagian besar agresi pada pasien dengan gangguan bipolar bersifat impulsif dipicu oleh ketidakmampuan menghambat respons, bukan rencana yang disengaja yang terkait dengan disregulasi serotonin di otak frontal yang diakibatkan oleh adanya diskoneksi antara amigdala (emosi) dan *prefrontal cortex* (kontrol) yang membuat Ny.A rentan terhadap ledakan emosi tanpa kendali (TERAO, 2020).

Ny.A juga menunjukkan kecenderungan mengekspresikan rasa sakit emosional melalui cara yang ekstrem (koping maladaptif), seperti membuat tato untuk meredakan perasaan frustrasi dan malu. Selain itu, Ny.A menyimpan konflik psikologis mendalam terkait hubungan keluarga dan pengalaman hidup yang penuh tekanan seperti perceraian, perasaan ditolak, dan kehilangan peran sosial sebagai istri dan pekerja. Respons yang ditunjukkan Ny.A baik secara verbal maupun perilaku destruktif menggambarkan adanya impulsivitas emosional yang tinggi yang memperkuat potensi munculnya perilaku kekerasan. Dengan demikian, dalam konteks kasus ini disregulasi emosi dan impulsivitas

bukan hanya gejala pendamping, melainkan inti dari dinamika psikologis yang mendorong Ny.A berada dalam kondisi berisiko tinggi terhadap tindakan kekerasan.

Berdasarkan hasil pengkajian faktor predisposisi yang dapat diidentifikasi adanya riwayat gangguan jiwa sejak tahun 2024 yang tidak ditangani secara optimal, terutama karena ketidakpatuhan dalam minum obat dan tidak melakukan kontrol rutin. Kondisi ini menyebabkan gejala semakin memburuk dan akhirnya memerlukan perawatan di lembaga rehabilitasi jiwa. Meskipun tidak terdapat riwayat gangguan jiwa dalam keluarga, ketidakberhasilan pengobatan rawat jalan sebelumnya turut memperkuat risiko kambuhnya gejala. Selain itu, Ny.A memiliki pengalaman psikososial yang tidak baik seperti perasaan ditolak oleh keluarga karena dimasukkan ke yayasan dan tidak memiliki pekerjaan. Penolakan sosial ini menjadi salah satu faktor pemicu stres emosional yang memengaruhi kestabilan mood dan potensi perilaku agresif. Meskipun tidak ditemukan riwayat kekerasan fisik, kekerasan seksual, maupun konflik dalam keluarga secara eksplisit, Ny.A mengungkapkan pengalaman masa lalu yang traumatik, yaitu perceraian dan kegagalan dalam membina hubungan baru. Pengalaman ini menjadi beban emosional yang belum terselesaikan dan berpotensi memperparah instabilitas afektif yang menjadi ciri khas gangguan bipolar.

Adapun kesenjangan yang penulis temukan antara temuan dan tinjauan teori yaitu tidak adanya riwayat aniaya fisik, aniaya seksual, kekerasan dalam keluarga, serta riwayat gangguan jiwa dalam keluarga. Klien juga menyatakan tidak pernah menjadi korban maupun pelaku kekerasan, tidak pernah mengalami pelecehan seksual, tidak pernah mengalami kekerasan dalam rumah tangga, dan tidak memiliki anggota keluarga dengan riwayat gangguan jiwa. Penulis berpendapat tidak adanya data ini bukan berarti klien sepenuhnya bebas dari tekanan atau pengalaman negatif dalam kehidupan. Bisa jadi klien belum sepenuhnya terbuka terhadap hal-hal yang sifatnya sensitif, seperti kekerasan seksual atau konflik keluarga, atau klien tidak mengidentifikasi pengalaman tersebut sebagai bentuk kekerasan karena keterbatasan pemahaman. Selain itu, gangguan bipolar yang dialami klien kemungkinan besar dipicu oleh stresor psikososial aktual, seperti pengalaman perceraian, penolakan keluarga, dan kehilangan peran sosial, bukan oleh trauma masa lalu yang ekstrem. Hal ini mengindikasikan bahwa gangguan yang dialami lebih dominan dipengaruhi oleh ketidakstabilan emosional akibat tekanan lingkungan saat ini bukan dari riwayat traumatik kronis.

Penulis berpendapat kondisi ini menunjukkan bahwa respon fisiologis kekerasan pada Ny. A tidak sedang aktif atau tidak tampak secara klinis saat dilakukan pengkajian, meskipun secara psikologis ia memiliki riwayat emosional yang labil dan marah-marah. Hal ini

mungkin disebabkan oleh fase mood yang lebih stabil saat pengkajian, kepatuhan klien dalam mengkonsumsi obat atau karena klien telah beradaptasi secara lingkungan di yayasan rehabilitasi yang membuat ekspresi agresi tidak muncul dalam bentuk fisik saat itu.

Berdasarkan hasil pengkajian konsep diri, pada aspek citra tubuh klien masih memiliki pandangan yang positif. Ny. A mengatakan bahwa ia menyukai bagian tubuh tertentu seperti mata dan bibir karena memiliki kemiripan dengan ibunya dan dianggap menarik. Dalam identitas diri, klien mampu mengenali peran dan status sosialnya sebagai perempuan berusia 35 tahun, anak pertama dari tiga bersaudara, dan seorang janda tanpa anak yang menunjukkan kesadaran diri masih terjaga. Namun, pada aspek peran diri klien mengungkapkan perasaan gagal dalam menjalankan perannya sebagai anak pertama yang seharusnya menjadi panutan bagi adik-adiknya. Hal ini mencerminkan adanya perasaan bersalah dan penurunan persepsi terhadap peran sosial. Pada ideal diri, klien menunjukkan harapan untuk sembuh, pulang ke rumah, bekerja, dan menikah, yang menjadi indikator adanya motivasi dan tujuan masa depan meskipun realitas saat ini belum mendukung. Sementara itu, aspek harga diri menunjukkan permasalahan yang cukup signifikan. Klien merasa dirinya tidak berguna, terutama karena tidak bekerja dan merasa tidak memiliki peran yang berarti dalam keluarga maupun masyarakat. Adapun kesenjangan yang penulis temukan antara kasus dengan teori yaitu citra tubuh yang tidak sesuai dengan teori

Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) maupun Harga Diri Rendah (HDR), karena Ny. A justru memiliki persepsi positif terhadap fisiknya. Pada identitas diri dan peran diri, data lebih mendekati karakteristik HDR yakni rasa bersalah, menunduk, dan konflik peran tanpa indikasi pendendam atau kemarahan eksplisit seperti pada teori Risiko Perilaku Kekerasan. Pada ideal diri, klien mempertahankan motivasi kuat untuk sembuh dan Kembali bekerja berbeda dengan teori Harga Diri Rendah yang menggambarkan penolakan pada harapan.

Secara keseluruhan, konsep diri klien menunjukkan adanya konflik internal antara persepsi positif terhadap sebagian dirinya dan perasaan kegagalan serta tidak berharga dalam peran dan eksistensi sosialnya. Hal ini menjadi dasar penting dalam penetapan diagnosa keperawatan terutama Harga Diri Rendah yang menjadi menjadi fokus utama penulis dalam intervensi psikososial dan dukungan keperawatan jiwa.

Berdasarkan hasil pengkajian aspek hubungan sosial, klien mengatakan orang yang paling berarti didalam hidupnya yaitu rekan satu kamar di Yayasan khususnya Ny. H dan Ny. D dan juga orang tuanya karena sudah membawa berobat dan berusaha untuk anaknya sembuh. Meskipun sebelum perawatan klien tidak terlibat dalam aktivitas komunitas dan merasa tidak memiliki teman di lingkungan asal, di Yayasan klien mulai menjalin interaksi positif melalui partisipasi dalam berbagai kegiatan seperti pengajian, marawis,

permainan, dan senam. Klien juga melaporkan tidak mengalami hambatan berarti dalam berkomunikasi atau bergaul dengan orang lain.

Dari status mental klien tampak terjaga secara kognitif dan afektif meski mengalami labilitas emosi. Penampilan diri rapi dan perawatan diri umum terjaga, pembicaraan kooperatif meski nada masih bergetar dan terkadang menunduk. Motorik terlihat bervariasi antara lesu, gelisah, dan kerentanan untuk melamun. Afek klien fluktuatif dapat terlihat bahagia saat berinteraksi namun juga berbicara dengan nada tinggi, serta melamun dengan tatapan kosong saat sendiri mencerminkan risiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah. Persepsi, proses pikir, memori, konsentrasi, dan penilaian diri masih berfungsi baik, menunjukkan bahwa meski emosi dan afeknya terganggu, klien tidak mengalami gangguan realitas atau kognitif yang serius. Adapun kesenjangan yang penulis temukan pada status mental dari sisi teori Risiko Perilaku Kekerasan klien yang berisiko seharusnya menunjukkan defisit penampilan (rambut kotor, pakaian tidak rapi), cara bicara kasar dan membentak, aktivitas motorik agresif, serta kesulitan dalam interaksi wawancara (mudah marah, defensif, curiga). Ny. A justru berpenampilan rapi, bicara kooperatif (meski nada bergetar), dan tidak menampilkan perilaku agresif fisik atau sikap bermusuhan saat wawancara. Demikian pula, teori Harga Diri Rendah menggarisbawahi penampilan cenderung kusam, bicara gagap atau menghindari, afek datar, dan interaksi minimal padahal Ny. A mampu

berdialog lancar, mempertahankan kontak mata, dan tidak menunjukkan gejala blocking. Penulis berpendapat meskipun Ny.A menderita labilitas emosional dan harga diri rendah, defisit perawatan diri dasar tidak tampak pada level status mental. Hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh fase remisi atau efek stabilisasi farmakologis yang memulihkan fungsi dasar, sekaligus oleh dukungan lingkungan di yayasan yang mendorong klien mempertahankan keterampilan sosial dan kemampuan berkomunikasi. Oleh karena itu, intervensi keperawatan perlu difokuskan pada pencegahan perilaku kekerasan dan penguatan self esteem, bukan pada perawatan diri.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Yusuf, A.H & ,R & Nihayati (2015) kemungkinan diagnosis keperawatan yang muncul pada klien dengan gangguan afektif bipolar sebanyak 2 diagnosis diantaranya:

- a. Risiko Prilaku Kekerasan
- b. Harga Diri Rendah

Dari hasil pengkajian dan juga analisis data yang penulis lakukan didapat ada 2 (dua) diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. A yaitu Risiko perilaku kekerasan dan Harga Diri Rendah, diagnosa ini muncul karena data yang didapatkan dari klien mengarah pada diagnosa tersebut.

Data yang didapat untuk diagnosa Risiko perilaku kekerasan muncul berupa data subjektif klien mengatakan alasan dibawa ke

Yayasan karena marah-marah dan teriak-teriak sera merusak pintu rumah, klien mengatakan terkadang merasa kesal apabila sedang berbincang dengan orang lain, dan diganggu orang lain, klien berbicara dengan nada tinggi, saat berbicara bibir bergetar. Diagnosis keperawatan ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Maletic & Raison (2015) yang menunjukkan bahwa pasien bipolar berisiko mengalami risiko perilaku kekerasan dikarenakan ada perubahan fungsional dan struktural otak yang mengganggu mekanisme pengaturan emosi. Secara spesifik yaitu disfungsi pada korteks prefrontal terutama selama episode manik yang mengakibatkan kegagalan dalam mengendalikan area limbik yang lebih reaktif yang mengakibatkan emosional yang berlebihan, iritabilitas, impulsivitas, serta perilaku yang tidak terkendali dan tidak pantas secara sosial. Teori tersebut diperkuat dengan temuan adanya hiperaktivitas di area limbik seperti amigdala yang berperan penting dalam memproses emosi, sehingga menyebabkan respons emosional yang tidak proporsional terhadap situasi (Maletic & Raison, 2015). Penulis menilai bahwa klien menunjukkan gejala emosional dan perilaku yang tidak terkontrol yang menjadi indikator utama penulis menegaskan diagnosis risiko perilaku kekerasan.

Adapun data yang didapat untuk diagnosa Harga Diri Rendah didapatkan data subjektif yaitu klien datang dengan keluhan malu karena bercerai dengan suaminya dan statusnya seorang janda yang

tidak mempunyai pekerjaan dan klien mengatakan tidak pernah keluar rumah dan mengikuti kegiatan disekitar rumahnya karena malu. Untuk data objektif yang ditemukan penulis yaitu klien selalu menundukan kepala, sering termenung dan melamun. Penegakkan diagnosis ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Pavlickova *et al.*, (2016) yang menunjukkan bahwa pasien bipolar bahkan dalam fase remisi mengalami fluktuasi mood yang berkaitan erat dengan harga diri rendah. Studi tersebut menjelaskan bahwa suasana hati negatif mendorong terjadinya ruminasi (pikiran negatif berulang) pada klien dengan bipolar, yang kemudian memperburuk persepsi diri dan mengarah pada pola harga diri yang tidak stabil. Dengan demikian, pengalaman psikososial yang dialami klien seperti perceraian dan ketidakberdayaan sosial memperparah ketidakstabilan harga diri yang memang sudah menjadi karakteristik umum pada pasien bipolar. Hal ini menegaskan bahwa diagnosa Harga Diri Rendah pada klien tidak hanya didasarkan pada pengalaman sosial, tetapi juga memiliki dasar neuropsikologis yang relevan.

3. Perencanaan

Dalam buku SIKI (2018) intervensi keperawatan merupakan seluruh tindakan yang dilakukan perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai kriteria hasil yang diharapkan dalam proses asuhan keperawatan. Tindakan yang dilakukan perawat dalam

menangani resiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah salah satunya adalah dengan menggunakan strategi pelaksanaan (Azizah et al., 2016). Penyusunan intervensi ini didasarkan pada data hasil pengkajian dan diagnosis keperawatan yang muncul pada klien yaitu Risiko Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah. Pada diagnosis keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan terdapat 5 Strategi Pelaksanaan (SP) yaitu:

- a. Membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik ke-1 (Latihan Nafas Dalam)
- b. Melatih pasien mengontrol Perilaku Kekerasan secara fisik ke-2 (Pukul Kasur dan Bantal)
- c. Melatih pasien mengontrol Perilaku Kekerasan secara sosial/verbal.
- d. Melatih pasien mengontrol Perilaku Kekerasan secara spiritual.
- e. Melatih pasien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan obat.

Sedangkan pada Harga Diri Rendah terdapat 2 SP, yaitu:

- a. SP I
 - 1) Membina Hubungan saling percaya
 - 2) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien
 - 3) Membantu klien menilai kemampuan yang dapat digunakan

- 4) Membantu klien memilih atau menetapkan kemampuan yang akan dilatih
- 5) Melatih kemampuan yang dipilih klien
- 6) Membantu klien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih

b. SP II

- 1) Melatih kemampuan klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan

Pelaksanaan intervensi melalui Strategi Pelaksanaan (SP) tersebut dilakukan secara bertahap dan terstruktur, dengan mempertimbangkan kondisi emosional, psikologis, serta kesiapan klien dalam menerima intervensi. Pendekatan yang dilakukan tidak hanya bersifat kuratif, tetapi juga edukatif dan rehabilitatif karena bertujuan membantu klien mengenali serta mengelola emosinya secara adaptif dan membangun kembali rasa harga dirinya yang sempat terganggu. Intervensi yang berfokus pada pengendalian perilaku kekerasan dan penguatan harga diri ini menjadi dasar penting dalam proses pemulihan pasien dengan gangguan bipolar. Diharapkan, melalui pelaksanaan intervensi yang sesuai dengan standar Strategi Pelaksanaan (SP) dan berbasis bukti, klien dapat mencapai stabilitas emosional, meningkatkan kontrol diri, serta membangun kembali fungsi sosial dan kualitas hidupnya secara menyeluruh.

4. Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan secara sistematis berdasarkan diagnosis dan intervensi yang telah disusun sebelumnya. Pelaksanaan tindakan disesuaikan dengan kondisi fisik, psikologis, serta respons individual klien selama proses asuhan. Implementasi dilakukan dengan pendekatan terapeutik dan memperhatikan prinsip komunikasi efektif, keamanan, serta kenyamanan klien. Seluruh kegiatan implementasi mengacu pada standar praktik keperawatan jiwa dan Strategi Pelaksanaan (SP). Dalam pelaksanaannya, tidak ditemukan kesenjangan yang berarti antara tinjauan teoritis dengan kasus yang dihadapi di lapangan. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi yang dilakukan bersifat aplikatif dan relevan terhadap permasalahan klien, yakni risiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah.

Pada tanggal 25 April 2024 pukul 11.00 WIB perawat melakukan SP 1 untuk diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan yang isinya mencakup: membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab perasaan marah, mengidentifikasi tanda dan gejala yang dirasakan, mengidentifikasi Perilaku Kekerasan yang dilakukan, akibat dan cara mengontrol latihan fisik 1 (Tarik nafas dalam) serta memasukan ke dalam jadwal kegiatan klien. Sedangkan untuk diagnosa Harga Diri Rendah pukul 13.00 WIB perawat melakukan SP 1 yang isinya mencakup: membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi aspek dan kemampuan positif, membantu menilai kemampuan yang dapat

digunakan, membantu klien memilih kemampuan positif yang akan dilatih yang dimiliki pasien, melatih kemampuan yang dimiliki klien, dan membantu klien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih serta memasukan ke dalam jadwal kegiatan klien.

Pada tanggal 26 April 2024 pukul 10.00 WIB perawat melakukan SP 2 untuk diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan yang isinya mencakup: mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien dan teknik nafas dalam, serta melatih cara fisik 2: dengan memukul bantal/guling. Sedangkan untuk diagnosa Harga Diri Rendah pukul 11.00 WIB perawat melakukan SP 2 yang isinya mencakup: melatih kemampuan klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuannya: marawis dan bernyanyi serta memasukan ke dalam jadwal kegiatan klien.

Pada tanggal 27 April 2024 pukul 10.00 WIB perawat melakukan SP 3 dan 4 untuk diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan yang isinya mencakup: mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan perasaan seperti meminta dan menolak dengan baik) dan Spiritual (ikut pengajian rutin setiap hari kamis dan jumat selain dari beribadah dan berdoa). Sedangkan untuk diagnosa Harga Diri Rendah pukul 11.00 WIB perawat melakukan SP 2 yang isinya mencakup: mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien dan melatih kemampuan klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuannya: marawis dan bernyanyi serta memasukan ke dalam jadwal kegiatan klien.

Pada tanggal 28 April 2024 pukul 10.00 WIB perawat melakukan SP 5 untuk diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan yang isinya mencakup: mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat dan mengevaluasi SP 1, SP 2, SP 3 dan SP 4 . Sedangkan untuk diganosa Harga Diri Rendah pukul 11.00 WIB perawat melakukan SP 2 isinya mencakup : mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien dan melatih kemampuan klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuannya: marawis dan bernyanyi serta memasukan ke dalam jadwal kegiatan klien. Serta pada tanggal 28 April 2024 klien mengikuti terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi untuk harga diri rendah.

Tindakan keperawatan yang dilakukan dalam implementasi ini telah sesuai dengan teori, khususnya melalui penerapan Strategi Pelaksanaan (SP) yang mencakup upaya membangun hubungan saling percaya antara perawat dan klien. Salah satu komponen utama dari SP adalah penggunaan komunikasi terapeutik yang merupakan fondasi dalam menciptakan keterbukaan, rasa aman, dan kerja sama selama proses asuhan. Komunikasi terapeutik dipandang sebagai seni penyembuhan yang tidak hanya menyampaikan pesan verbal, tetapi juga melibatkan empati, kehadiran penuh perhatian, serta kemampuan mendengarkan secara aktif dan penuh penghargaan terhadap pengalaman emosional klien.

5. Evaluasi

Pada tahap evaluasi ini penulis menilai efektivitas dan kesesuaian setiap tindakan keperawatan terhadap kriteria hasil yang telah ditetapkan. Pada tahap ini, penulis mengevaluasi perubahan objektif dan subjektif klien mulai dari kemampuan mengidentifikasi dan mengendalikan perilaku kekerasan hingga peningkatan *self-esteem* melalui pelatihan aspek positif diri dengan membandingkan data observasi, laporan klien, dan catatan kemajuan harian. Dengan demikian, tahap evaluasi menjadi landasan untuk menilai keberlanjutan intervensi, merencanakan strategi pemeliharaan, dan menyesuaikan rencana asuhan keperawatan agar tetap responsif terhadap kebutuhan klien yang dinamis.

Untuk tujuan dan juga kriteria hasil yang penulis targetkan untuk masalah risiko perilaku kekerasan adalah:

- a. Klien mampu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
Tujuan ini tercapai dibuktikan dengan pada tanggal 25/04/2025 (11.30), klien mengungkapkan bahwa ia —suka tiba-tiba kesal ingin marah jika teringat hal yang membuat sakit hati dan —melakukan tindakan di RSJ Cisarua karena jengkel kepada orang tuanya.¶
- b. Klien mampu mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.
Tujuan ini tercapai dibuktikan dengan klien menyadari bahwa sebelum marah, nada bicaranya menjadi tinggi dan ia membentak setiap kali ada yang mengganggu.

- c. Klien mampu menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan. Tujuan ini tercapai dibuktikan dengan pada (25/04/2025) Jam: 11.30 klien mengatakan ketika di RSJ Cisarua ngamuk-ngamuk melempar makanan karena tidak mau makan.
- d. Klien mampu menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan. Tujuan ini tercapai dibuktikan dengan klien secara terbuka mengakui konsekuensi sosialnya: selama di klinik —belum pernah bertengkar dengan teman karena sudah tau konsekuensinya akan dijauhi teman|| menandakan kesadaran bahwa perilakunya memengaruhi hubungan interpersonal.
- e. Klien mampu menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasan. Tujuan ini tercapai dibuktikan dengan pada (27/04/2025), klien menyatakan sudah tahu —cara menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik,|| serta —menjalankan sholat 5 waktu|| dan —minum obat sesuai jadwal.||
- f. Klien mampu mencegah/mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik, spiritual, sosial, dan terapi psikofarmaka. Tujuan ini tercapai dibuktikan dengan
 - 1) Fisik: Klien telah berlatih SP II (memukul kasur/bantal) dan mengikuti instruksi latihan saat kesal.
 - 2) Spiritual: Klien konsisten —menjalankan sholat 5 waktu|| dan melatih doa/shalat dhuha sebagai coping.

- 3) Sosial/Verbal: Klien berhasil menerapkan teknik menolak/permintaan asertif tanpa konflik.
- 4) Farmakofarmaka: Pada 28/04/2025, klien minum obat (Heximer, Stelosi, Risperidone, Nuzip) secara teratur dan memahami manfaat serta konsekuensinya.

Secara keseluruhan, pencapaian semua kriteria evaluasi menunjukkan bahwa klien telah berhasil menginternalisasi dan mempraktikkan berbagai strategi pengendalian perilaku kekerasan secara menyeluruh, mencakup aspek fisik, spiritual, sosial, dan farmakoterapi, sehingga intervensi keperawatan yang direncanakan selama lima hari dinyatakan efektif dan dapat dilanjutkan ke tahap pemeliharaan.

Sedangkan untuk tujuan dan juga kriteria hasil yang penulis targetkan untuk masalah harga diri rendah adalah:

- a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dapat digunakan. Tujuan ini tercapai dibuktikan dengan pada (25/04/2025) pukul 13.30 Klien mengatakan kemampuan yang dimilikinya adalah menyanyi dan ingin belajar marawis dan Klien mampu menyebutkan aspek positif (menyanyi, marawis) yang ingin dilatih.
- b. Klien memiliki kemampuan yang dapat digunakan. Tujuan ini tercapai dibuktikan dengan pada (27/04/2025) klien terlihat

mampu melakukan aspek positifnya bernyanyi dengan benar dan tampak sedang menghafal marawis.

- c. Klien dapat memilih kegiatan yang sudah dipilih. Tujuan ini tercapai dibuktikan dengan pada (25/04/2025) pukul 13.30 klien memilih bernyanyi dan marawis sebagai kegiatan positif dan pada (28/04/2025) klien tampak sedang menyanyi dan mengikuti kegiatan marawis.
- d. Klien mampu merencanakan kegiatan yang sudah dilatih. Tujuan ini tercapai dibuktikan dengan pada (28/04/2025) Klien tampak mampu melatih dan menjadwalkan pelaksanaan kemampuan yang dipilih (menyanyi dan marawis).

Secara keseluruhan, evaluasi menunjukkan bahwa Ny. A berhasil melewati semua tahapan pembentukan dan pemanfaatan aspek positif diri. Klien mampu mengidentifikasi kemampuan menyanyi dan keinginan belajar marawis sebagai kekuatan pribadinya, kemudian mempraktikkannya dengan baik terlihat dari kemampuan menyanyi yang benar dan hafalan marawis serta konsisten memilih kedua kegiatan tersebut sebagai aktivitas positif. Selain itu, klien juga telah menunjukkan kemampuan merencanakan dan menjadwalkan latihan menyanyi dan marawis dalam rutinitas harian. Pencapaian ini menegaskan efektivitas intervensi Strategi Pelaksanaan I & II dalam meningkatkan *self-esteem*, sehingga intervensi dapat dipertahankan sebagai bagian dari rencana pemeliharaan jangka panjang.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang mulai dari tanggal 23 April s/d 03 Mei 2025 dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Ny. A dengan Risiko Perilaku Kekerasan Dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang,
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. A dengan Risiko Perilaku Kekerasan Dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang,
3. Penulis mampu menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah- masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada Ny. A dengan Risiko Perilaku Kekerasan Dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang,
4. Penulis mampu melaksanakan Tindakan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan pada Ny. A dengan Risiko Perilaku Kekerasan Dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang

5. Penulis mampu melaksanakan evaluasi hasil Tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Ny.A dengan Resiko Prilaku kekerasan dengan diagnose medis Gangguan Affektif Bipolar di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.A dengan Resiko Prilaku Kekerasan dengan diagnose medis Gangguan Afektif Bipolar Bipolar di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang

B. Rekomendasi

1. Untuk perawat

Diharapkan dapat terus melakukan asuhan keperawatan yang optimal pada pasien jiwa, khususnya klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar untuk meningkatkan derajat Kesehatan jiwa pada pasien lainnya.

2. Untuk Institusi Pendidikan

Studi kasus dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian lebih lanjut tentang perawatan pada klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar.

3. Untuk Mahasiswa

Mahasiswa diharapkan mampu menetapkan manajemen asuhan keperawatan sesuai teori yang sudah ada dan sesuai dengan pelayanan keperawatan, sehingga dapat meningkatkan keterampilan untuk menjadi bahan pembelajaran di lapangan kerja nanti.

DAFTAR PUSTAKA

- Ankit Jain, P. M. (2023). Gangguan Bipolar. *New York: StatPearls*.
- Aziz, D. F. (2019). Studi pola penggunaan diazepam pada pasien gangguan bipolar. *Malang: Institutional Respository*.
- Azizah, L. M., Zinuri, I., & Akbar, A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik by Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, Amar Akbar (z-lib.org).pdf. Z-Lib.Org, 657.
- D. Surya Yudhantara, R. I. (2022). Buku Ajar Gangguan Bipolar untuk Mahasiswa Kedokteran. In Malang: UB Press.
- DITJEN P2P, K. (2018). RENCANA AKSI KEGIATAN 2020-2024. *Etrieved from E-Renggar.Kemkes*. <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/eperformance/1-401733-4tahunan-440.pdf%0A>
- Drachman, R., Colic, L., Sankar, A., Spencer, L., Goldman, D. A., Villa, L. M., Kim, J. A., Oquendo, M. A., Pittman, B., & Blumberg, H. P. (2022). Rethinking "aggression" and impulsivity in bipolar disorder: Risk, clinical and brain circuitry features. *Journal of Affective Disorders*, 303, 331–339. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.047>
- Erita, Sri Hununwidiastuti, H. L. (2016). BUKU MATERI PEMBELAJARAN KEPERAWATAN JIWA. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Keperawatan-Jiwa-Komprehensif.pdf>
- Fadli, d. R. (2022). Mengenal Fase Manik yang Dapat Dialami Pengidap Bipolar. *Gangguan Bipolar*, p. 1.
- Fithriyah, I., & Margono, H. M. (2019). Gangguan Afektif Bipolar Episode Manik dengan Gejala Psikotik Fokus pada Penatalaksanaan. 61–64. <https://doi.org/10.2307/j.ctvsrwbw9.11>
- Garut, D. K. (2024). Laporan bulanan keswa. Dinas Kesehatan.
- Jabar, D. (2025). Jumlah orang dengan gangguan jiwa (odgj) berat yang mendapat pelayanan kesehatan berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat dari tahun 2019 s.d. 2023. *Retrieved 20 Mei, 2025, from Open Data Jabar*. <https://opendata.jabarprov.go.id/id/dataset/jumlah-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj-berat-yang-mendapat-pelayanan-kesehatan-berdasarkan-kabupatenkota-di-jawa-barat>
- Jenhani, R., Ellouze, S., Bougacha, D., Znaidi, F., & Ghachem, R. (2022). Self-stigma and coping strategies in remitted Tunisian patients with bipolar disorder. *European Psychiatry*, 65(S1), S361–S361. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.916>
- Maletic, V., & Raison, C. (2015). *Integrated Neurobiology of Bipolar Disorder*.

Frontiers in Psychiatry, 5(August), 1–24.

- Marbun, T. P. K., & Santoso, I. (2021). Pentingnya motivasi keluarga dalam menangani Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). *Pendidikan Kewarganegaraan Undiksha*, 9(3), 1131–1141.
- Milasari, N., Perwitasari, D. A., & Sawitri, S. (2021). Analisis Efektivitas Biaya Terapi Kombinasi Mood Stabilizer dan Antipsikotik pada Pasien Gangguan Afektif Bipolar di Rawat Inap RSJ Grhasia Yogyakarta. *Jurnal Surya Medika*, 6(2), 210–216. <https://doi.org/10.33084/jsm.v6i2.1967>
- Pavlickova, H., Varese, F., Smith, A., Myin-Germeys, I., Turnbull, O. H., Emsley, R., & Bentall, R. P. (2016). *The Dynamics of Mood and Coping in Bipolar Disorder: Longitudinal Investigations of the Inter-Relationship between Affect, Self-Esteem and Response Styles*. *PLoS ONE*, 8(4), 6–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062514>
- PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Purba, R. A., & Kahija, Y. F. La. (2018). Pengalaman Terdiagnosis Bipolar: *Sebuah Interpretative Phenomenological Analysis*. *Jurnal Empati*, 7(3), 323–329. <https://doi.org/10.14710/empati.2017.19762>
- Riska Amimi, R. M. (2020). *NALISIS TANDA DAN GEJALA RISIKO PERILAKU KEKERASAN PASA PASIEN SIZOFRENIA*. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 65.
- Risnasari, N. (2019). Keperawatan Jiwa: Modul Bahan Ajar Keperawatan. Fakultas Ilmu Kesehatan Dan Sains Universitas Nusantara PGRI Kediri, 146. http://repository.unpkediri.ac.id/2251/1/BAHAN_AJAR_KEPERAWATAN_JIWA.pdf
- TERAO, T. (2020). *Bipolar Disorder and Aggression*. *Oita University Faculty of Medicine Psychiatria et Neurologia Japonica*, 122(9), 643–657.
- Tıǧlı Filizer, A., Cerit, C., Tüzün, B., & Aker, A. T. (2016). *Social aspect of functioning deteriorates more than individual aspect in patients with remitted bipolar disorder*. *Noropsikiyatri Arsivi*, 53(2), 158–162. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.10106>
- Yusuf, A.H, F., & ,R & Nihayati, H. . (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, 1–366. <https://doi.org/ISBN978>

LAMPIRAN

Lampiran I

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPRAWATAN (SPTK) PADA KLIEN DENGAN RESIKO PRILAKU KEKERASAN

Hari ke-1 Tanggal /04/2025

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi klien

Ds:

- Klien mengatakan alasan dibawa ke Yayasan karena marah-marah dan teriak-teriak sera merusak pintu rumah
- Klien mengatakan terkadang merasa kesal apabila sedang berbincang dengan orang lain, dan diganggu orang lain
- Klien mengatakan malu karena bercerai dengan suaminya dan statusnya seorang janda yang tidak mempunyai pekerjaan
- Klien mengatakan tidak pernah keluar rumah dan mengikuti kegiatan disekitar rumahnya karena malu

Do:

- Klien berbicara dengan nada tinggi
- Saat berbicara bibir bergetar
- Tampak emosi
- Klien tampak sedih
- Klien tampak melamun

- Klien tampak sering menunduk

b. Diagnose Keperawatan

1. Risiko Prilaku Kekerasan
2. Harga Diri Rendah

c. Tujuan Keperawatan

Risiko Prilaku Kekerasan

1. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
2. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
3. Klien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakuka
4. Klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan
5. Klien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya
6. Klien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik ke-1

Harga Diri Rendah

1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
2. Menilai kemampuan yang dapat digunakan.
3. Menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan.
4. Melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan.
5. Merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya.

d. Tindakan Keperawatan

Risiko Prilaku Kekerasan

1. Bina hubungan saling percaya
 - a) Mengucapkan salam terapeutik
 - b) Berjabat tangan
 - c) Menjelaskan tujuan interaksi
 - d) Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu klien
2. Diskusikan dengan klien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
3. Diskusikan perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
4. Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah
5. Diskusikan dengan klien akibat perilakunya

Harga Diri Rendah

1. Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki.
2. Nilai kemampuan yang dapat digunakan
3. Bantu klien memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan
4. Latih kemampuan yang telah dipilih
5. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

11.00

1. Fase orientasi

"Assalamualaikum ibu, perkenalkan nama saya A, panggil saya A, saya perawat yang di klinik ini. Selama 2 minggu kedepan saya dinas pagi disini pukul 08.00-14.00 WIB. Saya yang akan merawat bapak selama ibu 2 minggu kedepan. Nama ibu siapa? Senangnya dipanggil apa?"

"Bagaimana perasaan ibu saat ini? Masih ada perasaan kesal atau marah?"

—Baiklah kita akan berbincang-bincang sekarang tentang perasaan marah ibu ya"

"Mau berapa lama kira-kira bapak berbincang dengan saya?"

"Bagaimana kalau 15 menit?"

"Dimana enakanya kita duudk untuk berbincang-bincang, pak? Bagaimana kalau di Mushola?"

2. Fase kerja

—Apa yang menyebabkan ibu marah? Apakah sebelumnya ibu pernah marah? Terus, penyebabnya apa? Kalo sekarang masih suka seperti itu?

Oh. iyaa jadi ada 2 ya penyebab marah ibu"

"Pada saat penyebab marah itu ada, seperti saat ibu mengetahui orangtua ibu mempunyai hubungan dengan mertua ibu apa yang ibu rasakan?"

"Apakah ibu merasa kesal kemudian dada bapak berdebar-debar, mata melotot, dan tangan mengepal?"

"Setelah itu apa yang ibu lakukan? Oh. iyaa, jadi ibu marah teriak teriak sampai merusak pintu rumah ibu, apakah dengan cara itu ibu melakukan itu masalah selesai? Iya, tentu tidak. Apa kerugian cara yang ibu lakukan? Betul, Pintu rumah jadi rusak dan ibu dibawa ke Yayasan. Menurut ibu adakah cara lain yang lebih baik? Maukah ibu belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?"

Ada beberapa cara, bagaimana kalau kita belajar 1 cara dulu?"

"Begini ya ibu, kalau tanda-tanda marah tadi sudah ibu rasakan maka ibu berdiri, lalu Tarik nafas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti meluarkan kemarahan. Ayo sekarang coba lagi bu, tarik dari hidung, tahan, dan tiup melalui mulut.

Nahh. lakukan 5 kali. Bagus sekali, ibu sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaannya?"

"Nah, sebaiknya Latihan ini bapak lakukan secara rutin, sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul ibu sudah terbiasa melakukannya"

3. Fase terminasi

"Bagaimana perasaan ibu setelah berbincang-bincang tentang kemarahan ibu?"

"Iya jadi ada 2 penyebab bapak marah ya, karena orang tua ibu mempunyai hubungan dengan mertua ibu dan apabila ada suatu hal yang mengganggu ibu, yang ibu rasakan sangat kesal dan jengkel, dan yang ibu lakukan teriak teriak dan merusak pintu sehingga tidak bisa mengontrol emosi ibu."

"Coba selama saya tidak ada, ingat-ingat lagi penyebab marah ibu yang lalu, apa yang ibu lakukan kalau marah yang belum kita bahas dan jangan lupa Latihan nafas dalamnya ya bu. Sekarang kita buat jadwal latihannya ya bu, berapa kali sehari ibu mau Latihan nafas dalam? Jam berapa saja bu?" Baik, bagaimana kalau 11/2 jam lagi saya datang berbincang-bincang mengenai kebersihan diri? Tempatnya di sini saja ya bu"

"Wassalamualaikum"

Hari Ke-2 Tanggal /04/2025

13.00

1. Fase orientasi

"Assalamualaiku bu, sesuai janji saya 1/2 jam yang lalu sekarang saya datang lagi"

"Bagaimana perasaan ibu saat ini?"

"Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita bebincang-bincang seputar kemampuan yang pernah ibu lakukan? dan kegiatan Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat ibu lakukan di klinik.

Setelah kita nilai kita akan pilih salah satu kegiatan untuk kita latih.

" Dimana kita duduk? Bagaimana kalau di ruang tamu? Berapa lama?

Bagaimana kalau 20 menit?

2. Fase kerja

Ibu, apa saja kemampuan yang ibu miliki?

Bagus, apa lagi? Saya buat dapturnya ya? Apa yang biasa ibu lakukan?

Seperti Menyanyi, menggambar, ataupun kegiatan rumah tangga seperti merapihkan kamar? Menyapu? Mencuci piring "Wah bagus sekali kemampuan dan kegiatan yang ibu."

ibu ada beberapa kegiatan / kemampuan yang mana dapat di kerjakan di klinik? Coba kita lihat yang pertama bisakah, kedua sampai (misalnya masih ada 3 yang bisa di lakukan bagus sekali masih ada 3 kegiatan yang masih bisa dikerjakan Di klinik ini "

Sekarang coba ibu pilih salah satu kegiatan yang masih dikerjakan di rumah klinik ini. Ooo nomor 1 menyanyi ibu senang bernyanyi coba saya mau dengar ibu nyanyi, suara ibu bagus sekali ibu suka nyanyi sholawat yah itu bagus mendekatkan kita kepada allah swt

3. Fase terminasi

Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap - cakap dan latihan menyanyi? Yaa ternyata ibu banyak memiliki ke mampuan yang dapat dilakukan di klinik ini salah satunya menyanyi yang sudah ibu praktekan dengan baik sekali, Nah. kemampuan ini dapat dilakukan juga dirumah setelah pulang Sekarang mari kita masukkan pada jadwal harian ibu ,mau berapa kali seminggu menyanyi Bagur 2x seminggu menyanyi dan melakukan aktivitas lain disela sela waktu.

Besok pagi kita latihan lagi kemampuan yang kedua di klinik ini , selain menyanyi ? Ya bagus. Mengaji . Kalau begitu kita akan latihan mengaji besok Jam 8 pagi di ruangan ini sehabis makan pagi. Dan kita berbincang-bincang tentang kebersihan diri ya.

sampai jumpa yaaa.....

Lampiran II

Dokumentasi Kegiatan



Lampiran III

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama	: Alma Nurayuni
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat Tanggal Lahir	: Garut, 29 April 2003
Agama	: Islam
Status	: Belum Nikah
Alamat	: Kp. Bangbayang RT/RW 001/016 Desa Karangmulya Kec. Kadungora Kab. Garut, Jawa Barat
Motto	: KTI bukan tentang siapa yang pintar, tapi siapa yang kuat mental

B. Riwayat Pendidikan

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| 1. TK Aissiyah | : Tahun 2008-2010 |
| 2. SDN 6 Karangmulya | : Tahun 2010-2016 |
| 3. SMPN 1 Kadungora | : Tahun 2016-2019 |
| 4. SMAN 2 Garut | : Tahun 2019-2022 |
| 5. STIKes Karsa Husada Garut | : Tahun 2022-2025 |

Lampiran IV

LEMBAR BIMBINGAN

KARYA TULIS ILMIAH STIKES KARSA HUSADA GARUT

Nama : Alma Nurayuni

NIM : KHGA22078

Pembimbing : Angga D. Nagara, S.Kep., Ners.,M.Kep

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. A Resiko Prilaku Kekerasan

Dengan Diagnosa Medis (Bipolar) Di Klinik Rehabilitasi Mental

Nur Ilahie Assanie Samarang Garut.

NO	Tanggal bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Saran pembimbing	Paraf pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	4 juni 2025	BAB I	- Penulisan sesuai juknis - Perbaiki table - Cari data dari dinkes	Angga D. Nagara, S.Kep., Ners.,M.Kep	Alma Nurayni
2.	8 juni 2025	BAB II	- Tambah materi - Perbaiki salah kata - Lanjut BAB II	Angga D. Nagara, S.Kep., Ners.,M.Kep	Alma Nurayuni

3.	9 juni 2025	BAB I	ACC BAB I	Angga D. Nagara, S.Kep., Ners.,M.Kep	Alma Nurayuni
4.	11 juni 2025	BAB II	- Lengkapi materi Pembahasan - Perbaiki Bagan	Angga D. Nagara, S.Kep., Ners.,M.Kep	Alma Nurayuni
5.	16 Juni 2025	BAB II	- Pemilihan Materi yang akan dimasukan - Ganti Materi yang kadaluarsa	Angga D. Nagara, S.Kep., Ners.,M.Kep	Alma Nurayuni
6.	17 Juni 2025	BAB II	ACC BAB II	Angga D. Nagara, S.Kep., Ners.,M.Kep	Alma Nurayuni

7.	18 juni 2025	BAB III	- Penulisan sesuai Format - Gunakan Bahasa yang baik - Lanjut BAB IV	Angga D. Nagara, S.Kep., Ners.,M.Kep	Alma N
8	23 juni 2025	BAB III	- ACC BAB III	Angga D. Nagara, S.Kep., Ners.,M.Kep	Alma N
9	25 juni 2025	BAB IV	- ACC BAB IV - Lanjut membuat PPT	Angga D. Nagara, S.Kep., Ners.,M.Kep	Alma N
10	30 juni 2025	PPT	- Pemilihan materi yang dimasukkan ke PPT	Angga D. Nagara, S.Kep., Ners.,M.Kep	Alma N
11	6 juli 2025	PPT	- ACC PPT	Angga D. Nagara, S.Kep., Ners.,M.Kep	Alma N