

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.A DENGAN RISIKO
PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI YAYASAN
REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI
ASSANIE SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan
Pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

**GHEFIRA ROUDHOTUL JANNAH M
KHGA23097**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT**

2026

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN KTI

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.A DENGAN
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI YAYASAN
REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT.**

NAMA : GHEFIRA ROUDHOTUL JANNAH M

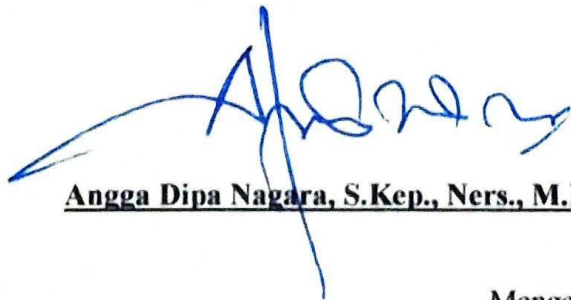
NIM : KHGA23097

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan
sidang dan perbaikan Karya Tulis Ilmiah

Garut, Juli 2026

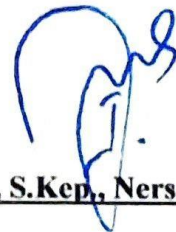
Menyetujui,

Penelaah I



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

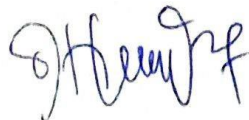
Penelaah II



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

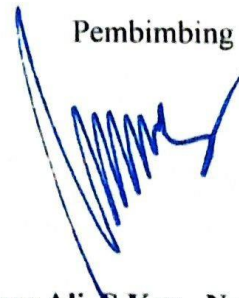
Mengetahui,

Ketua Program Studi
Diploma III Keperawatan



Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd

Pembimbing



H. Aceng Ali, S.Kep., Ners., M.Hkes

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn.A DENGAN
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI YAYASAN REHABILITASI
MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT**

Diusun Oleh :

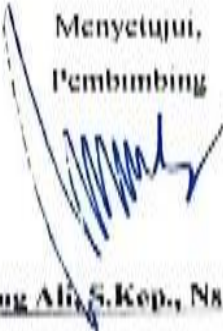
Ghefira Roudhotul Jannah M

KHGA23097

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji Program Studi
Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Menyetujui,
Pembimbing



H. Aeng Ali, S.Kep., Ns., M.Hes.

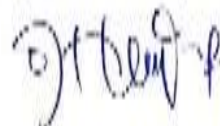
Tugas Akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Dan Kebidanan



Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep.

Mengetahui,
Ketua Program Studi
Diploma III Keperawatan



Eva Darnati, S.Kep., Ners., M.Pd.

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Tulis Ilmiah Akhir saya ini, adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A Md.Kep), baik dari Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Tulis Ilmiah ini adalah murni gagasan, rumusan, dan analisis studi kasus saya sendiri tanpa bantuan pihak lain, kecuali dari arahan pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis Ilmiah Akhir ini terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan di cantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan atau ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya, sesuai dengan norma yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Karsa Husada Garut.

Garut, September 2026


24020CA0Z000194124
Ghofira Roudhotul Jannah M
KHGA23097

ABSTRAK

IV BAB, 105 halaman, 8 tabel, 6 Bagan, 5 Lampiran

Karya tulis ilmiah ini berjudul "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis Gangguan Afektif Bipolar di Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut". Gangguan afektif bipolar ditandai oleh perubahan suasana hati ekstrem yang berpotensi memicu perilaku kekerasan akibat ketidakmampuan mengendalikan emosi. Studi kasus ini bertujuan untuk menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. A dengan risiko perilaku kekerasan dan diagnosa medis gangguan afektif bipolar di Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang, Garut. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif melalui pendekatan proses keperawatan yang komprehensif, meliputi wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi. Hasil pengkajian merumuskan dua diagnosa keperawatan utama, yaitu risiko perilaku kekerasan dan gangguan konsep diri: harga diri rendah. Intervensi keperawatan menerapkan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) secara bertahap, mencakup teknik relaksasi napas dalam, penyaluran emosi fisik, komunikasi verbal asertif, kontrol emosi berbasis spiritual, serta kepatuhan konsumsi obat. Evaluasi menunjukkan perbaikan yang signifikan; pasien mampu mengenali pemicu kemarahannya, mengontrol emosi maladaptif, serta mulai mengembalikan kepercayaan dirinya melalui aktivitas positif harian. Diharapkan perawat dapat menerapkan intervensi SPTK secara konsisten, keluarga terus memberikan dukungan, dan pasien mempertahankan latihan pengendalian emosi guna mencegah kekambuhan serta meningkatkan kemandirian dalam menjalani kehidupan sehari-hari di masyarakat nantinya.

Saran: Diharapkan perawat dapat menerapkan intervensi SPTK secara konsisten, keluarga memberikan dukungan selama proses rehabilitasi, dan pasien mempertahankan latihan pengendalian emosi untuk mencegah kekambuhan serta meningkatkan kemandirian.

Kata kunci: Gangguan Afektif Bipolar, Risiko Perilaku Kekerasan, Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

Daftar Pustaka : 33 buah

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya yang memungkinkan penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.A dengan Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis Gangguan Afektif Bipolar Di Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut" ini tepat pada waktunya.

Penulis menyadari bahwa tanpa dukungan dan kontribusi dari semua pihak, karya tulis ini tidak akan tercapai sesuai harapan. Karena itu, penulis mengungkapkan banyak terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, khusus kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., yang menjabat sebagai ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M. Si., yang menjabat sebagai ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep., yang menjabat sebagai ketua Institut Karsa Husada Garut Program Studi Keperawatan dan Kebidanan.
4. Ibu Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep, yang menjabat sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut Program Studi Keperawatan dan Kebidanan
5. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ns., M.Pd., yang menjabat sebagai ketua Program Studi D III Keperawatan di Institut Karsa Husada Garut Program Studi Keperawatan dan Kebidanan.
6. Bapak H. Aceng Ali, S.Kep., Ns., M.Hkes., yang berperan sebagai pembimbing yang memberi dukungan dan arahan dengan penuh kebaikan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini ditengah kesibukan yang bapak miliki.
7. Bapak Angga Dipanagara, S.Kep., Ners., M.Kep selaku dosen Penguji I yang telah berkenan menguji dan memberi kritik dan saran guna Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik.

8. Ibu Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes selaku dosen penguji II yang telah berkenan menguji saya dan sudah memberikan kritik dan saran guna Karya Tulis Ilmiah ini lebih baik,
9. Semua tenaga pengajar di Program Studi Keperawatan Institut Karsa Husada Garut yang telah berbagi ilmu, pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat dan memberikan motivasi selama penulis menempuh pendidikan.
10. Staf administrasi, perpustakaan dan kebersihan yang telah mendukung kelancaran penulis selama proses pendidikan dan saat menyiapkan karya tulis ilmiah ini.
11. Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut yang telah memberikan banyak kesempatan kepada penulis untuk menulis Karya Tulis Ilmiah ini, terimakasih kepada Teh Ai, Teh Viera dan Teh Hajar yang selalu memberikan bimbingan, dukungan dan informasi mengenai asuhan keperawatan sehingga penulis berhasil menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan lancar dan tanpa hambatan.
12. Terimakasih kepada Tn.A yang telah berkolaborasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, yang memungkinkan penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
13. Terimakasih kepada orang tua dan keluarga terutama kepada Ibu Resi Ratna Suminar S.E dan Ayah Ahmad Mulyana S.Pd yang selalu memberikan perhatian, motivasi, doa, biaya dan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai meraih gelar. Untuk adik adikku yang selalu membuat tertawa dan memberi semangat dengan bentuk pelukan dan ucapan. Semoga ibu, ayah, adik dan semua keluarga sehat selalu, panjang umur, rezekinya tidak pernah surut dan bahagia selalu.
14. Kepada seseorang yang pernah berjalan cukup jauh bersama penulis, yang sekarang namanya tidak dapat penulis sebutkan lagi. Terimakasih telah menjadi bagian dari proses bertumbuh, dari hari-hari belajar, berjuang dan bertahan. Ada masa dimana kehadirannya memberi semangat dan itu akan selalu di akui sebagai bagian dari perjalanan hidup penulis. Kepergianmu mengajarkan penulis arti kedewasaan. Guru terbaik yaitu pengalaman pendewasaan untuk

belajar ikhlas, sabar dan menerima arti kehilangan sebagai bentuk proses perempuan menghadapi dinamika hidup. Persembahan ini bukan untuk mengulang masa lalu, melainkan untuk menutupnya dengan tenang. Agar yang baik tetap dikenang dan yang menyakitkan tidak dibawa ke langkah berikutnya. Karena hidup setiap harinya adalah pembelajaran dan pada akhirnya setiap orang ada masanya dan setiap masa ada orang nya.

15. Kepada sahabat sedekat nadi penulis, Aulia Kumala T dan Naila Putri R yang telah hadir sejak masa SMA sampai hari ini dan menjadi dua orang dari sedikit orang yang benar-benar mengetahui seluruh cerita hidup penulis. Terimakasih karena tidak hanya hadir di saat bahagia, tetapi juga memilih untuk tetap tinggal di saat keadaan penuh luka dan drama yang tidak sederhana. Untuk setiap usaha yang diberikan, waktu, tenaga, perhatian, bahkan disaat penulis sulit dimengerti, bukan hanya menemani tetapi selalu berusaha mau terlibat dalam setiap kondisi dan selalu memberikan pertolongan apabila penulis membutuhkan.
16. Kepada teman seperjuangan yang menjadi keluarga di bangku perkuliahan, Candela Fauziyyah N, Sindi aulia dan Hendra Eka P. Terimakasih telah menjadi lebih dari sekedar teman, kalian adalah keluarga bagi penulis. Dalam tawa, sedih, dan setiap proses yang dilalui bersama, kalian selalu ada. Terimakasih untuk kita semua yang selalu berjuang, jatuh, bangkit dan saling menguatkan serta menemani hingga akhirnya kita satu persatu sampai di titik ini. Selamat berlayar teman, semoga setiap langkah membawa kalian menuju kesuksesan yang kalian impikan.
17. Kepada SEPOLWAN terimakasih selalu menjadi semangat dan tujuan akhir penulis, nama tempat dan pangkat yang selalu ada dalam doa dan sujud penulis, semoga setelah menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini penulis bisa segera sampai di akhir tujuan tempat pulang itu.
18. Anak perempuan pertama dan harapan orang tuanya, Ghefira Roudhotul jannah Mulyana, saya sendiri. Apresiasi sebesar-besarnya untuk diri sendiri yang telah diam-diam berjuang tanpa henti. Terimakasih telah bekerja keras dan bertahan sejauh ini. Untuk setiap malam yang dihabiskan dalam kelelahan, setiap pagi

yang disambut dengan kekhawatiran, namun tetap dijalani dan berhasil dilalui. Terimakasih kepada hati yang tetap ikhlas, meski banyak hal yang terjadi di luar prediksi. Terimakasih pada jiwa yang tetap kuat, meski berkali-kali hampir menyerah karena kondisi. Terimakasih kepada raga yang terus melangkah, meski lelah menghadapi tekanan tapi tetap di perjuangkan. Teruslah belajar dan mensyukuri nikmat yang telah Tuhan berikan. Tetap semangat untuk terus berusaha, berbahagialah dimanapun kamu berada. Penulis berdoa agar disetiap langkah kecilmu selalu diperkuat, dikelilingi orang-orang baik dan hebat, serta mimpimu satu persatu akan terjawab dan terlaksana. Aamiin.

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 tulis ini.

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

Garut, Juni 2026

Ghefirarjm

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN KTI...Error! Bookmark not defined.	
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	6
1. Tujuan Umum.....	6
2. Tujuan Khusus.....	6
C. Metode Telaah.....	7
D. Sistematika Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN TEORI	10
A. Konsep Gangguan.....	10
1. Konsep Dasar Afektif Bipolar	10
2. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan	16
3. Konsep Harga Diri Rendah	24
B. Konsep Asuhan Keperawatan	32
1. Pengkajian	32
2. Analisa Data	40
3. Diagnosa Keperawatan	40
4. Intervensi	41
5. Implementasi Keperawatan	50
6. Evaluasi Keperawatan	50
BAB III TINJAUAN KASUS	52
A. Laporan Kasus	52
1. Pengkajian	52
2. Analisa Data	62
3. Daftar Diagnosa Keperawatan	63
4. Pokok Masalah	64
5. Intervensi Keperawatan	65
6. Implementasi Keperawatan.....	74
7. Catatan Perkembangan	79
B. Pembahasan	91
1. Pengkajian	91
2. Faktor Predisposisi	92
3. Pemeriksaan Fisik.....	93

4. Status Mental.....	93
5. Analisa Data	94
6. Diagnosa Keperawatan.....	94
7. Perencanaan.....	95
8. Implementasi	96
9. Evaluasi Keperawatan	99
10. Dokumentasi Keperawatan	100
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	101
A. Kesimpulan.....	101
B. Saran	102
DAFTAR PUSTAKA.....	103
LAMPIRAN.....	108
Lampiran I.....	108
Lampiran II.....	120
Lampiran III	122
Lampiran IV	123

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Penderita Gangguan Jiwa di Kabupaten Garut Periode 2024 -2025	3
Tabel 1.2 Diagnosa Penyakit di Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut Periode 2026	4
Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	41
Tabel 3.1 Terapi Medis.....	62
Tabel 3.2 Analisa Data	62
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	65
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi.....	74
Tabel 3.5 Catatan Perkembangan	79

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Rentang Respon Bipolar	13
Bagan 2.2 Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan.....	18
Bagan 2.3 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan	24
Bagan 2.4 Rentang Respon Harga Diri Rendah.....	25
Bagan 2.5 Pohon Masalah Harga Diri Rendah	29
Bagan 3.1 Pohon masalah resiko perilaku kekerasan	64

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK)	108
Lampiran II Dokumentasi Kegiatan.....	120
Lampiran III DAFTAR RIWAYAT HIDUP	122
Lampiran IV LEMBAR BIMBINGAN	123

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Upaya Kesehatan jiwa ditunjukkan pada seluruh lapisan Masyarakat, bukan hanya pada individu yang sakit atau keluarga dari individu tersebut atau bukan pula hanya pada seseorang yang mempunyai masalah psikososial saja tetapi yang tidak bermasalah juga perlu diintervensi yang bertujuan untuk mencegah agar tidak terjadi gangguan jiwa pada individu tersebut.

Banyaknya tekanan maupun kesulitan yang dihadapi individu dalam kehidupan ini berarti semakin banyak pula masalah yang dihadapi, hal ini mempengaruhi status kesehatan jiwa atau perkembangan jiwa seseorang yang akhirnya berakibat pada gangguan jiwa, jika seseorang tidak memiliki coping yang efektif untuk menyelesaikan setiap masalah yang dihadapi.

Menurut WHO (World Health Organization), kesehatan jiwa adalah keadaan kesejahteraan mental yang memungkinkan seseorang menyadari kemampuan yang dimilikinya, mampu mengatasi berbagai tekanan kehidupan, bekerja dan belajar secara efektif, serta berpartisipasi aktif dalam kehidupan bermasyarakat. Oleh karena itu, kesehatan jiwa tidak hanya diartikan sebagai tidak adanya gangguan mental, tetapi juga mencakup kondisi psikologis yang positif dan kemampuan berfungsi secara optimal dalam kehidupan sehari-hari (Organization, 2022).

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 itu menyadari kemampuan sendiri, bisa mengatasi tekanan, bisa bekerja secara produktif dan bisa menyampaikan kontribusi komunitasnya. Adapun syarat perkembangan yang lain tidak sesuai di individu di klaim gangguan jiwa (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa, 2014).

Berbagai faktor dapat mempengaruhi kondisi kesehatan jiwa seseorang, termasuk dukungan keluarga dan lingkungan sosial. Keluarga merupakan lingkungan pertama dan utama yang berperan dalam membentuk pola pikir, sikap, serta perilaku individu melalui interaksi yang terjadi secara terus-menerus (Amhar et al., 2023; Nugraha, Suhada, & Maemunah, 2023). Komunikasi yang paling efektif dalam keluarga maupun lingkungan sosial menjadi sarana penting untuk membangun hubungan yang positif dan mendukung terbentuknya rutinitas kehidupan sehari-hari. Melalui komunikasi verbal dan nonverbal, individu dapat bertukar informasi, menyampaikan perasaan, serta menjalin hubungan sosial yang sehat (Saragih & Sari, 2021) dikutip dari (Pengabdian & Negri, 2023).

Gangguan jiwa merupakan kondisi yang menyebabkan gangguan pada pola pikir, perasaan, perilaku, dan kemampuan seseorang dalam menjalankan fungsi sosialnya. Kondisi ini dapat menurunkan kualitas hidup penderita, baik dari aspek kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, maupun lingkungan. Kualitas hidup orang dengan gangguan jiwa dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti dukungan keluarga, dukungan sosial, kemampuan coping individu, serta kepatuhan terhadap pengobatan dan rehabilitasi. Oleh karena itu, penanganan gangguan jiwa memerlukan pendekatan yang komprehensif agar penderita dapat mencapai kualitas hidup yang lebih baik. (Daulay et al., 2021)

Gangguan jiwa merupakan kondisi yang ditandai oleh gangguan pada fungsi mental, emosional, maupun perilaku seseorang sehingga mempengaruhi kemampuan individu dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Secara umum gangguan jiwa dapat dibedakan menjadi gangguan non-psikotik (neurosis), Dimana individu masih mampu menyadari kondisi yang dialaminya dan tetap berhubungan dengan realitas, serta gangguan psikotik (Psikosis) yaitu kondisi ketika individu mengalami gangguan berat dalam menilai realitas sehingga sulit memahami keadaan dirinya sendiri (Kadir et al., 2023).

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 ke atas meningkat berasal 6,1% di tahun 2013 menjadi 9,8% pada tahun 2018 (Abdullah et al., 2018)

Menurut data dari Dinas Kesehatan terdapat lebih kurang 48.722 orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat yang menerima Pelayanan Kesehatan di Jawa Barat, dengan nilai tertinggi 7.321 orang di Kabupaten Bandung, serta terendah 332 orang di Kabupaten Indramayu. Untuk data Garut sendiri terdapat 1.839 Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) pada tahun 2025 (Jabar,2025). Sedangkan dari data asal Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, ada peningkatan jumlah Orang Dengan Gangguan Jiwa sebagai 3.935 orang, menggunakan 155 orang yang mengalami gangguan mood atau bipolar (Garut, 2024).

Tabel 1.1 Data Penderita Gangguan Jiwa di Kabupaten Garut Periode 2024 - 2025

No	Diagnosa Penyakit	Jumlah Orang	Presentasi
1	Gangguan Afektif Bipolar	1.988	50,53%
2	Skizofrenia	1.353	34,38%
3	Penyalahgunaan Napza	398	9,89%
4	Intelektual Disability	205	5,2%
	Jumlah	3.935	100%

(sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Garut)

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

Berdasarkan UU Kesehatan Jiwa No 18 Tahun 2014 pasal 45, ada fasilitas layanan dalam bidang Kesehatan jiwa yang mencakup: layanan Kesehatan seperti puskesmas dan jejaringnya, klinik pertama serta praktik dokter dengan keahlian dalam pelayanan Kesehatan jiwa, rumah sakit umum, rumah sakit khusus untuk Kesehatan jiwa dan rumah perawatan.

Di Kabupaten Garut, untuk membantu dalam penanganan atau rehabilitasi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), salah satu tempat yang tersedia adalah Rehabilitas Nur Illahi Assanie Samarang Garut. Klinik Nur Illahi Assanie merupakan salah satu Lembaga rehabilitas mental yang focus pada perawatan Kesehatan jiwa. Lokasinya terletak di Kecamatan Samarang, Kabupaten Garut, Jawa Barat. Berdasarkan data yang di dapatkan dari Klinik Nur Illahi Assanie Samarang sendiri jumlah pasien gangguan jiwa khususnya yang sudah terdiagnosa dari 2025 sampai saat ini terdapat pada table berikut :

Tabel 1.2 Diagnosa Penyakit di Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut Periode 2026

No	Diagnose Penyakit	Jumlah	Persentase
1	Gangguan Afektif Bipolar	32 Orang	78,05%
2	Skizofrenia	7 Orang	17,07%
3	Retardasi Mental	2 Orang	4,88%
Jumlah		41 Orang	100%

(sumber : Buku Register Yayasan Nur Illahi Assanie Garut)

Menurut laporan dari Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang, data tahun 2026 menunjukkan bahwa ada total 41 kasus yang melibatkan berbagai masalah pada semua pasien. Dari jumlah tersebut, 32 individu atau sekitar 78,05% mengalami Gangguan Afektif Bipolar yang merupakan kasus paling banyak. Skizofrenia berada di posisi Tengah dengan 7 kasus atau 17,07% dan Retardasi Mental 2 kasus atau 4,88%.

Dari pengertian di atas di temukan bahwa seseorang yang mengalami Gangguan Afektif Bipolar menyebabkan terjadinya manik. Seseorang dengan gangguan bipolar ini akan mengalami perubahan suasana hati yang ekstrim yang dapat berubah-ubah. Individu dengan gangguan bipolar akan ditemukan 2 fase dalam hidupnya yaitu fase manik dan fase depresi. Pengertian asal manik atau mania sendiri artinya kondisi psikologis yang dapat membentuk seseorang mengalami euforia diluar batas Dimana orang tadi akan menunjukkan tanda-tanda gejala percaya diri hiperbola, menjadi terlalu sensitive sebagai akibatnya simple tersinggung, merasa sangat bersemangat, melakukan hal hal beresiko tinggi tanpa pertimbangan yang matang dan dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain. Dari tanda gejala tersebut merujuk pada indikasi serta tanda gejala resiko perilaku kekerasan, sehingga dapat disimpulkan bahwa orang menggunakan diagnose medis Gangguan Afektif Bipolar dapat menyebabkan Risiko Perilaku Kekerasan. (Fisabilih, 2024b)

Bila Gangguan Afektif Bipolar ini tidak segera ditangani akan menimbulkan dilema mirip resiko Perilaku Kekerasan di episode manik dan akan menyebabkan masalah persoalan baru seperti Harga Diri Rendah, Defisit Perawatan Diri, Risiko Mencederai diri sendiri/orang lain, serta lain-lain yang akan merusak kegiatan sehari-hari penderita.

Dalam respons terhadap stres yang dialami seseorang, perilaku kekerasan dapat muncul, yang dapat menyebabkan kerugian baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Perubahan perilaku seperti mengancam, tidak bisa diam, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, agresif, nada suara tinggi, dan bergembira secara berlebihan adalah tanda dari perilaku kekerasan. Mereka juga mungkin kehilangan kemampuan untuk memecahkan masalah, berfokus pada waktu, tempat, orang, dan kegelisahan. (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020) dalam (Anisa et al., 2021).

Berdasarkan pernyataan di atas maka penulis merasa tertarik untuk mengangkat persoalan tersebut serta merasa perlu melakukan Asuhan Keperawatan mulai asal pengkajian hingga penilaian, menggunakan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn.A DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI YAYASAN REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

Sesudah menyampaikan asuhan keperawatan di klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan penulis :

- a. Mampu melaksanakan pengkajian fisik serta mental secara komperhensif pada Tn.A dengan Risiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- b. Bisa merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.A dengan Risiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut..
- c. Mampu Menyusun planning Asuhan Keperawatan pada Tn.A dengan Risiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

- d. Mampu melaksanakan Tindakan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan pada Tn.A dengan Risiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil Tindakan keperawatan yang sudah dilaksanakan pada Tn.A dengan Risiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Risiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

C. Metode Telaah

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

1. Wawancara

Bisa juga disebut anamnesa ialah menanyakan atau tanya jawab yang berafiliasi dengan duduk perkara yang dihadapi klien serta suatu komunikasi yang direncanakan. Dalam berkomunikasi ini perawat mengajak klien serta keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan yang di istilahkan menggunakan Teknik komunikasi terapeutik.

2. Observasi

Observaasi ialah Teknik pengumpulan data yang 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 yang adaptif juga mal adaptif.

3. Pemeriksaan Fisik

Hal-hal yang dilakukan di pemeriksaan fisik ini antara lain memeriksa vital serta keadaan umum, 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 yang berafiliasi dengan asuhan keperawatan.

5. Studi Kepustakaan

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

6. Partisipasi Aktif

Penulis melakukan asuhan keperawatan kepada Tn.A dengan Risiko Perilaku Kekerasan secara pribadi dengan bimbingan petugas Kesehatan lain.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memudahkan penyusun Karya Tulis Ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

1. Bab I Pendahuluan, bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan penulisan, metode telaahan dan sistematika penulisan.
2. Bab II Tinjauan Teori, Bab ini membahas tentang teori-teori yang berhubungan dengan judul di atas yang dapat di jadikan acuan pada waktu pembahasan, terdiri dari konsep dasar penyakit, definisi, psikodinamika bipolar, psikodinamika resiko perilaku kekerasan, psikodinamika harga diri rendah, dampak resiko perilaku kekerasan terhadap kebutuhan dasar manusia, serta proses keperawatan jiwa seperti pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi.
3. Bab III Tinjauan Kasus dan Pembahasan, dalam bab ini di jelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan secara nyata di lapangan melalui tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan pada klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan. Sedangkan dalam pembahasan berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang di temukan dan di bandingkan

antara pendekatan teoritis dengan pelaksanaan langsung pada kasus serta pemecahan masalahnya.

4. Bab IV Kesimpulan dan Rekomendasi, dalam bab ini berisikan tentang Kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan dan rekomendasi yang bersifat membangun terhadap kesimpulan untuk perbaikan selanjutnya.
5. Daftar Pustaka
6. Lampiran
7. Riwayat Hidup

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Gangguan

1. Konsep Dasar Afektif Bipolar

a. Definisi

Gangguan bipolar merupakan penyakit kronis yang ditandai dengan episode hipomania, mania, depresi, maupun kondisi campuran dan peningkatan stress, yang mungkin disebabkan oleh beban keluarga yang lebih besar. Individu dalam kelompok berpenghasilan rendah dan menengah yang menunjukkan gejala subsindromal yang mengganggu fungsi. Gangguan bipolar sering terjadi bersamaan dengan gangguan psikiatrik lainnya. Ini membuatnya menjadi tugas yang sulit untuk dikelola. Faktor yang signifikan dalam gangguan ini berasal dari nenek moyang, dimulai pada usia dini, dan memiliki tingkat komorbiditas yang tinggi dengan gangguan kecemasan dan penyalahgunaan zat, yang mengurangi hasil pengobatan. Faktor sosioekonomi seperti kemiskinan, Pendidikan yang rendah, dan kontinuitas perawatan yang buruk menghambat kepatuhan, meningkatkan Tingkat penghentian pengobatan dan membatasi pengobatan (Singh et al., 2025).

Gangguan bipolar secara sederhana didefinisikan dengan adanya dua kutub emosi yang ekstrim yaitu manik dan depresi. Dua kutub yang berlawanan ini akan berubah dan berganti secara tiba-tiba. Ketika episode manik, individu akan mengalami merasa sangat bahagia, hiperaktif, sulit berkonsentrasi, dan sangat bersemangat. Sebaliknya, ketika penderita bipolar sedang dalam episode depresi maka penderita akan merasakan perasaan yang sangat sedih, tidak bergairah dalam beraktivitas, pesimis, putus asa, kehilangan minat atau kesenangannya dalam aktivitas yang biasanya (Syahrizal dkk., 2024 dalam Fisabilih, 2024).

Salah satu diagnosis yang paling sering dikaitkan dengan bunuh diri Adalah gangguan mood. Salah satu gangguan mood yang paling sering dikaitkan dengan bunuh diri adalah gangguan bipolar, dimana fase depresi yang dominan Adalah fase gangguan bipolar. Dengan angka rawat inap, bunuh diri dan komordibitas yang tinggi, gangguan bipolar dapat menurunkan produktifitas dan kualitas hidup penderitanya, yang terus-menerus menunjukkan kerugian dan kecacatan pada masyarakat. Gangguan bipolar menjadi peringkat keenam sebagai penyebab disabilitas yang menyebabkan yang lebih banyak kerugian dan kecacatan dibandingkan dengan penyakit kanker atau penyakit neurologis seperti epilepsy dan penyakit Alzheimer (Ngurah et al., 2023).

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa Gangguan Afektif Bipolar merupakan gangguan yang berhubungan dengan Mood/Afektif Dimana seseorang akan mengalami perubahan suasana hati yang tidak biasa. Terkadang mereka merasa sangat bahagia dan jauh lebih energik dan aktif dan biasanya, ini disebut dengan episode manik. Terkadang mereka merasa sangat sedih, memiliki energi yang rendah dan jauh lebih tidak aktif, ini disebut dengan episode depresi.

b. Etiologi

secara garis besar penyebab gangguan bipolar dibagi menjadi tiga yaitu faktor genetik, neurokimia, dan lingkungan/sosial (Ramadani et al., 2024 dalam (Atsila Shofa et al., 2024):

1. Faktor genetik

Hampir setengah penderita gangguan bipolar memiliki keluarga dengan riwayat gangguan emosi seperti depresi. Faktor genetik menyumbang 80% dari penyebab gangguan bipolar. Apabila salah satu dari orang tua mengalami bipolar, maka kemungkinan anak akan mengalami bipolarmeningkat sebesar

10%. Begitu pula jika kedua orang tua mengalami bipolar, kemungkinan anak mengalami gangguan bipolar sekitar 40%.

2. Faktor Neurokimia

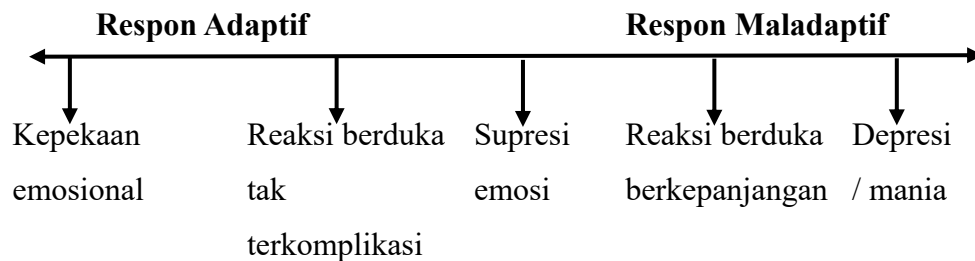
Terdapat 3 zat kimia pada otak yang penting dalam mempengaruhi emosi seseorang yaitu norepinefrin, epinefrin dan dopamine. Ketidakseimbangan ketiga hormon tersebut dapat menyebabkan gangguan emosi seperti bipolar. Menurut hipotesis ketekolamin, peningkatan kadar epinefrin dan norepinefrin menyebabkan episode manik, sedangkan penurunan kadar tersebut menyebabkan episode depresi. Obat-obatan, seperti antidepresan dan obat yang di salah gunakan, seperti kokain, dapat meningkatkan monoamina seperti serotonin, epinefrin dan dopamine yang dapat menyebabkan episode manik (Ayona, 2016).

3. Faktor Lingkungan/Sosial

Suatu peristiwa dalam hidup seseorang, seperti peristiwa yang menyedihkan atau traumatis, atau orang yang memiliki riwayat bipolar secara genetik, juga dapat menyebabkan gangguan bipolar. Gaya hidup dan kebebasan seseorang juga dapat menyebabkan gangguan bipolar, seperti gangguan obat-obatan terlarang dan kelainan hormonal. Mereka yang memiliki keterampilan sosial yang kurang dapat mengembangkan bipolar, menurut teori perilaku. Mereka tidak dapat membangun hubungan interpersonal, yang mengakibatkan perilaku isolasi diri dan reaktif negative terhadap lingkungan (safiye et al., 2022).

c. Rentang Respon Gangguan Afektif Bipolar

Bagan 2.1 Rentang Respon Bipolar



Keterangan:

- 1) Kepekaan emosional dipengaruhi dan berperan aktif dalam dunia internal dan eksternal seseorang, menunjukkan bahwa orang tersebut terbuka dan sadar akan perasaannya sendiri.
- 2) Reaksi berduka yang tak terkomplikasi / tidak rumit terjadi sebagai respon terhadap kehilangan, menunjukkan bahwa seseorang sedang menghadapi kehilangan nyata dan tenggelam dalam proses berdukanya.
- 3) Supresi merupakan tahap awal dimana coping individu termasuk maladaptive, klien menyangkal perasaannya sendiri klien berusaha menekan atau mengalihkan perhatiannya terhadap lingkungan. Bila fase ini berlangsung terus monoton (memanjang) maka hal tadi dapat mengganggu individu.
- 4) Reaksi berduka berkepanjangan merupakan penyangkalan yang berlangsung lama, tetapi tidak terlihat reaksi emosional terhadap lingkungan. Reaksi berduka yang memanjang ini dapat terjadi beberapa tahun.
- 5) Mania ditandai dengan kegembiraan yang berlebihan atau kemampuan untuk tersinggung. Hipomania digunakan untuk menggambarkan sindrom klinis yang serupa tetapi tidak seberat mania atau episode manik (Merry pongdatu, 2023).

d. Patofisiologi

Patofisiologi gangguan bipolar masih belum jelas. Dalam beberapa penelitian yang menggunakan teknik pencitraan otak seperti fMRI, jaringan kortiko-limbik, fronto-striatal, dan talamus mengalami perubahan. Jaringan-jaringan ini bertanggung jawab atas pengaturan emosi dan fungsi kognitif. Diduga juga bahwa ketidakseimbangan neurotransmiter seperti dopamin, norepinefrin, serotonin, glutamat, dan GABA (Gamma-aminobutyric acid) menyebabkan episode mania dan depresi. Faktor genetik juga berperan dalam perkembangan gangguan bipolar. Studi keluarga menunjukkan bahwa, dibandingkan dengan populasi umum, keluarga penderita bipolar memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan yang sama. Dalam studi kembar, pasangan kembar monozigot memiliki tingkat konkordansi yang jauh lebih tinggi daripada pasangan kembar dizigot; ini menunjukkan bahwa pengaruh genetik yang signifikan terhadap penyebab gangguan bipolar (Giulia Cattarinussi, 2024).

e. Manifestasi Klinis

Meskipun tanda dan gejala bipolar dapat berbeda-beda pada setiap orang, berikut adalah beberapa gejala umum yang ditunjukkan oleh penderita bipolar disorder (Rasa, 2023):

1) Episode manik

Pada episode manik, orang biasanya mengalami perasaan euforia dan sangat bersemangat, aktivitas dan pengambilan keputusan yang tidak wajar, berbicara dengan cepat dan sulit dihentikan, pikiran yang terlalu berjalan cepat dan sulit berkonsentrasi, Grandiositas (merasa lebih unggul dari orang lain) dan perilaku tidak terkontrol dan tidak pantas.

2) Episode Depresi

Biasanya, individu yang mengalami episode depresi mengalami perasaan sedih dan putus asa yang parah, penurunan minat dan kesenangan pada aktivitas yang biasanya mereka nikmati,

gangguan tidur (baik insomnia maupun hypersomnia), penurunan energi dan kelelahan yang berlebihan, perasaan bersalah dan merasa tidak berharga dan pikiran tentang bunuh diri atau mengakhiri hidup.

3) Episode Hipomania

Gejala manik yang lebih ringan, tetapi masih mempengaruhi pada kehidupan sehari-hari, energi dan produktivitas yang meningkat, berbicara lebih cepat dan bersemangat, perasaan percaya diri yang berlebihan, perilaku impulsif yang tidak biasa.

4) Episode campuran

Selalu berbicara tentang kematian dan keinginan untuk mati kepada orang-orang di sekitarnya, mengambil obat-obatan dan alkohol secara berlebihan, terkadang lupa akan hutang atau tagihan seperti listrik dan telepon.

f. Klasifikasi Bipolar

Secara garis besar, gangguan bipolar dapat di klasifikasikan menjadi 2 kategori yaitu (Aju et al., 2023):

- 1) Gangguan bipolar tipe I : Merupakan gangguan bipolar yang terjadi ketika mania diikuti depresi, seringkali dalam kondisi “berat” dan berbahaya.
- 2) Gangguan bipolar tipe II : Merupakan gangguan yang terjadi ketika penderita masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari dan episode maniknya tidak terlalu menonjol. Dibandingkan dengan hipomanianya, depresinya berlangsung lebih lama. Hipomania muncul ketika emosi meningkat. Syclothymic disorder adalah jenis ringan dari gangguan jiwa bipolar, dengan banyak periode gejala depresi dan hipomania yang berlangsung minimal selama dua tahun tetapi tidak menonjol.

g. Penatalaksanaan gangguan bipolar

Penanganan gangguan bipolar biasanya mencakup beberapa jenis terapi dan pengobatan, yang umnya termasuk yang berikut ini :

1) Obat

Bisa berupa anti depresan, penstabil suasana hati, antipsikotik atau obat antikecemasan. Sebagian individu yang mengambil antidepresan mungkin mengalami resiko atau pikiran untuk bunuh diri.

2) Terapi

Terapi dapat menjadi bagian penting dari pengobatan gangguan bipolar. Dengan terapi, individu dengan gangguan bipolar akan belajar bagaimana mengatasi gejala mereka, mengelola pengobatan mereka, mengembangkan kebiasaan sehat dan menemukan cara menghindari penyalahgunaan zat dan Tindakan lainnya. Terapi juga dapat membantu mereka menghilangkan pemikiran negatif, menjadi lebih percaya diri dan membuat tempat aman dimana mereka dapat didengar dan menyuarakan apa yang mereka rasakan. *Terapi electroconvulsive therapy (ECT)* Adalah terapi fisik yang masih sering digunakan oleh psikiater. Ini menggunakan alat yang menghantarkan arus Listrik pada elektroda dan ditempelkan pada kepala, menyebabkan konvulsi. Semakin banyak bukti ditemukan tentang kemampuan ECT untuk penyakit mental berat tertentu. (Nandinanti et al., 2015)

2. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

Adapun diagnose keperawatan yang muncul pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan Adalah sebagai berikut (Sucipto, 2025) :

- a. Resiko Perilaku Kekerasan
- b. Harga Diri Rendah

1) Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan merupakan respon marah yang dimanifestasikan dalam bentuk berbicara dengan kata kata penuh ancaman, melakukan tindakan –tindakan yang berbahaya bagi diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Rizki & Wardsni, 2020). Menurut Sujarwo & Livana (2019) resiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku agresi atau kekerasan yang dilakukan secara verbal, fisik, ataupun keduanya dengan tujuan membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Resiko perilaku kekerasan merupakan kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali baik secara verbal maupun fisik, yang apabila tidak ditangani dengan baik, akan menyebabkan orang tersebut mencederai dirinya sendiri, melukai orang lain serta merusak lingkungan (Anggraeni dkk, 2020 dalam (Ramaita et al., 2023).

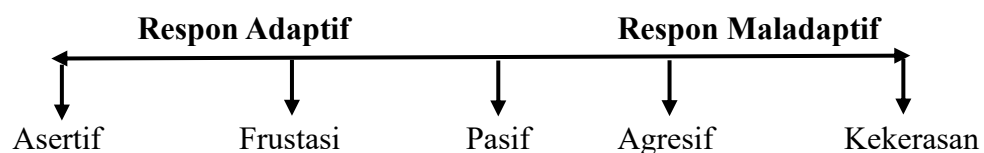
Risiko perilaku kekerasan merupakan hal yang dapat membahayakan secara fisik, emosi dan seksual pada diri sendiri ataupun orang lain. Tindakan Perilaku kekerasan dapat terbagi menjadi dua yaitu risiko perilaku kekerasan pada diri sendiri (*risk for self-directed*) dan risiko perilaku kekerasan pada orang lain (*risk for other-directed*) (SDKI, 2019).

Reaksi terhadap stres dapat menyebabkan perilaku kekerasan. Reaksi ini dapat berbahaya bagi Anda, orang lain, dan lingkungan. Penanganan pasien yang terkena tindakan kekerasan harus dilakukan oleh profesional dengan cepat dan tepat mengingat konsekuensi dari tindakan tersebut (Kuspiana and Mufatikhah 2018 dalam (Wardiyah et al., 2022)

Berdasarkan pernyataan di atas dapat disimpulkan risiko perilaku kekerasan adalah respons maladaptif terhadap stresor/stimulus internal/eksternal yang diwujudkan melalui tindakan agresif verbal/nonverbal terhadap diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Manifestasinya bersifat destruktif (mengamuk, permusuhan, ancaman) dan berpotensi menimbulkan bahaya fisik, emosional, maupun seksual. Secara kategoris, risiko perilaku ini terbagi menjadi *self-directed violence* (bunuh diri/self-harm) dan *other-directed violence* (agresi ke orang/lingkungan).

2) Rentang Respon rpk

Bagan 2.2 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan



Keterangan :

- a. Asertif : suatu kemarahan yang juga dapat diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.
- b. Frustrasi : suatu kemarahan yang juga dapat mencapai suatu tujuan dan tidak realitas atau pun terlambat.
- c. Pasif : suatu respon lanjutan yang pada pasien tidak mampu mengungkapkan suatu perasaan.
- d. Agresif : suatu perilaku destruktif yang juga dapat tapi masih bisa terkontrol.
- e. Kekerasan : suatu perasaan marah, bermusuhan yang kuat, serta hilangnya suatu kontrol.

(Wahyudin, 2023)

3) Etiologi

Perilaku membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang dapat dilakukan klien harus dicegah dengan melakukan perawatan yang tepat pada klien. Sumber-sumber terkait menjelaskan faktor yang menjadi penyebab (predisposisi) dan pencetus (Presipitasi) terjadinya perilaku kekerasan.

a) Faktor Predisposisi

Terjadinya perilaku kekerasan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor predisposisi yang dijelaskan melalui beberapa teori, yaitu teori biologis, psikologis dan sosiokultural.

1. Teori Biologis

a. Neurobiologis

Terdapat tiga area otak yang berperan penting dalam mengendalikan impuls agresif, yaitu sistem limbik, lobus frontal, dan hipotalamus. Neurotransmitter memiliki peran dalam memfasilitasi maupun menghambat impuls agresif. Gangguan pada sistem limbik dapat meningkatkan atau menurunkan kecenderungan agresif, sementara kerusakan pada lobus frontal dapat menyebabkan ketidakmampuan dalam pengambilan keputusan, gangguan penilaian, dan munculnya perilaku tidak sesuai maupun agresif. Dengan demikian, sistem saraf pusat berperan dalam memediasi serta mengatur timbulnya perilaku kekerasan.

b. Biokimia

Pengendalian impuls agresif dilakukan oleh berbagai neurotransmitter, termasuk epinefrin, norepinefrin, dopamin, asetilkolin, dan serotonin. Dalam teori respons terhadap stres, teori ini sejalan

dengan konsep fight or flight response yang diperkenalkan oleh Selye.

c. Genetik

Beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan antara perilaku agresif dengan faktor genetik, khususnya pada individu dengan kariotipe XYY.

d. Gangguan Otak

Sindrom otak organik dapat menjadi faktor predisposisi munculnya perilaku agresif. Gangguan seperti tumor otak (terutama pada sistem limbik dan lobus temporal), trauma otak, ensefalitis, serta epilepsi lobus temporal terbukti berpengaruh terhadap timbulnya perilaku kekerasan.

2. Teori Psikologis

a. Psikoanalitik

Menurut teori psikoanalitik, ketidakmampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka untuk kepuasan dan rasa aman, dapat menghambat pertumbuhan ego dan menurunkan konsep diri mereka. Dalam situasi seperti itu, agresi dan kekerasan menjadi cara untuk memperoleh rasa berdaya, prestise, dan citra diri yang lebih baik. Dengan kata lain, perilaku kekerasan merupakan manifestasi dari ketidakberdayaan dan rendahnya harga diri.

b. Teori Pembelajaran

Proses belajar sosial, di mana orang meniru perilaku agresif dari figur teladan seperti orang tua atau lingkungan mereka, dapat menyebabkan perilaku kekerasan muncul. Anak-anak yang

dibesarkan dalam keluarga yang mengalami kekerasan fisik atau yang pernah mengalami kekerasan pada masa kecil memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk menunjukkan perilaku kekerasan ketika mereka dewasa.

c. Teori Sosiokultural

Faktor budaya dan struktur sosial sangat memengaruhi munculnya perilaku agresif. Dalam beberapa kelompok sosial, kekerasan dianggap sebagai cara yang dapat diterima untuk menyelesaikan konflik. Kondisi sosial seperti kepadatan penduduk, kebisingan di sekitar, dan keterbatasan ekonomi juga dapat meningkatkan kemungkinan munculnya perilaku kekerasan.

b) Faktor Presipitasi

Selain faktor penyebab (Predisposisi), ada juga faktor pencetus atau dikenal dengan presipitasi ini berkaitan dengan dampak stimulus yang mendorong terjadinya perilaku kekerasan bagi setiap orang. Faktor pencetus yang ditemukan, yaitu:

1. Keinginan untuk mengekspresikan diri atau menunjukkan eksistensi, misalnya dalam situasi kerumunan seperti konser atau pertandingan olahraga.
2. Ketidakpuasan akibat kebutuhan dasar atau kondisi sosial ekonomi yang tidak terpenuhi.
3. Ketidakharmonisan komunikasi dalam keluarga yang menyebabkan kecenderungan menyelesaikan konflik dengan kekerasan.
4. Ketidaksiapan atau ketidakmampuan orang tua, terutama ibu, dalam mengasuh anak.

5. Riwayat perilaku antisosial, penyalahgunaan zat, atau ketidakmampuan mengendalikan emosi saat frustrasi.
6. Peristiwa kehilangan penting seperti kematian anggota keluarga, kehilangan pekerjaan, atau perubahan besar dalam tahap perkembangan individu maupun keluarga (Beo, 2025)

4) Tanda dan gejala

Data Subjektif:

Mengungkapkan kebencian atau kekesalan terhadap orang lain, Menyatakan keinginan untuk memukul orang lain, Mengaku tidak mampu mengendalikan perilaku kekerasan, Menyampaikan niat untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain serta merusak lingkungan, klien suka membentak.

Data Objektif:

Mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, gelisah, mondar-mandir, tekanan darah meningkat, nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, berbicara dengan nada tinggi dan kasar, mendominasi pembicaraan, menggunakan sarkasme, merusak lingkungan, memukul orang lain, postur tubuh kaku, wajah merah, amuk/agresif (Laela, 2024)

5) Penatalaksanaan

Dua pendekatan utama adalah psikofarmakologi dan psikoterapi untuk menangani klien yang rentan terhadap perilaku kekerasan.

a. Psikofarmakologi

Pemahaman neurobiologis menyatakan bahwa obat-obatan psikiatri dapat memengaruhi sistem saraf pusat dan memengaruhi perilaku, persepsi, emosi, dan proses berpikir. kategori obat yang paling umum digunakan adalah:

- 1) Untuk mengendalikan agitasi akut, obat antiansietas dan sedatif-hipnotik seperti lorazepam dan clonazepam
 - 2) Antidepresan, seperti trazodon dan amitriptilin, yang efektif dalam mengontrol agresi dan impulsivitas yang dikaitkan dengan perubahan suasana hati.
- b. Psikoterapi

Pendekatan psikoterapi mencakup beberapa bentuk terapi, antara lain:

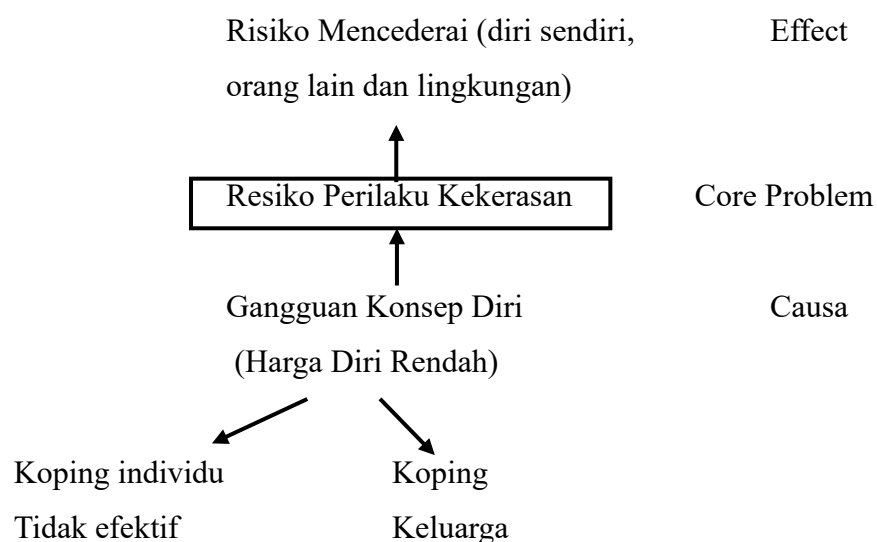
- 1) Terapi lingkungan, yang menekankan pentingnya menciptakan suasana aman dan kondusif dengan aktivitas terapeutik yang terarah.
- 2) Terapi kelompok, dimana klien belajar melalui interaksi sosial untuk meningkatkan keterampilan interpersonal dan strategi koping.
- 3) Terapi keluarga, yang bertujuan memperbaiki dinamika dan pola komunikasi dalam keluarga.
- 4) Terapi individual, yang berfokus pada peningkatan kesadaran diri, pemahaman emosi, dan perubahan perilaku maladaptif melalui hubungan terapeutik antara klien dan terapis, (Beo, 2025)
- 5) Terapi Kejang Listrik (ECT)

Terapi Kejang Listrik atau *Electroconvulsive Therapy* (ECT) adalah prosedur medis yang dilakukan dengan cara mengalirkan arus listrik ke otak melalui elektroda yang ditempatkan di pelipis pasien untuk menimbulkan kejang terkendali. Terapi ini awalnya digunakan untuk pasien skizofrenia dan biasanya dilakukan sebanyak 20–30 sesi, dengan frekuensi 2–3 kali per minggu (Maharani & Pratiwi, 2024).

6) Pohon masalah rpk

Bagan 2.3 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan

(Bunga, 2023)



3. Konsep Harga Diri Rendah

1) Definisi Harga Diri Rendah

Gangguan Harga Diri rendah Adalah salah satu masalah yang sering muncul dalam keperawatan jiwa. Gangguan harga diri rendah dapat digambarkan dengan perasaan buruk terhadap diri sendiri, kurangnya kepercayaan diri dan perasaan tidak dapat mencapai keinginannya. Hal ini dapat terjadi secara situasional (trauma yang terjadi secara tiba-tiba, seperti perceraian, korban pemerkosaan, putus sekolah, dll) atau kronik (perasaan buruk yang telah ada pada orang sebelum mereka sakit atau mendapatkan perawatan saat mendapatkan perawatan) (Muhith, 2015 dalam Fazriyani & Mubin, 2021).

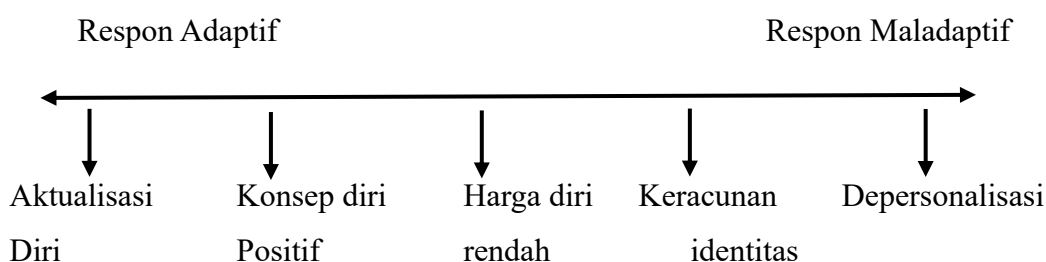
Harga diri rendah adalah mereka yang memiliki kecenderungan untuk menganggap lingkungan mereka buruk dan mengancam. Tingkat harga diri seseorang berkisar dari tinggi hingga rendah. Orang-orang dengan tingkat harga diri rendah tinggi menghadapi lingkungan secara aktif, ingin beradaptasi dan cenderung merasa aman, sedangkan orang-orang dengan tingkat harga diri rendah melihat lingkungan dengan cara yang buruk dan menganggapnya sebagai ancaman.(Sari et al., 2023)

Harga diri rendah adalah suatu keyakinan dan perasaan negative terhadap diri sendiri yang menyebabkan seseorang merasa tidak percaya diri, pesimis, dan tidak berharga di kehidupannya. Seseorang dengan harga diri rendah kronis selama bertahun-tahun merasa dirinya lemah, tidak berharga, tidak kompeten, tidak menarik, tidak disukai dan hilangnya kepercayaan diri.(Hasanah & Piola, 2023)

Dari ketiga pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa, gangguan harga diri rendah adalah kondisi keperawatan jiwa yang ditandai dengan keyakinan dan perasaan negative terhadap diri sendiri, menyebabkan seseorang merasa tidak berharga, tidak percaya diri, lemah, pesimis, tidak kompeten, dan tidak disukai dalam hidupnya. Ada dua jenis gangguan ini : situasional (terjadi karena trauma mendadak) dan kronis (terjadi karena perasaan negative yang telah ada sejak sebelum individu sakit atau saat menerima perawatan).

2) Rentang Respon Harga Diri Rendah

Bagan 2.4 Rentang Respon Harga Diri Rendah



Keterangan (Wenny Permata Bunga, 2023):

a. Aktualisasi Diri

Aktualisasi diri adalah pernyataan tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman yang sukses dan dapat diterima. Ini merupakan respon adaptif yang paling tinggi karena seseorang bisa mengekspresikan kemampuan yang dimilikinya.

b. Konsep diri positif

Konsep diri positif merupakan bagaimana seorang individu memandang apa yang ada pada dirinya termasuk citra dirinya. Individu memandang secara positif ideal dirinya, harga dirinya, penampilan peran dan identitas dirinya. Hal ini akan menunjukkan bahwa individu itu akan menjadi individu yang sukses. Individu dapat mengenal kemampuan dan kelemahannya secara jujur. Dalam menilai sesuatu masalah seseorang dapat berfikir secara realistis dan positif. Hal ini terjadi apabila seorang individu memiliki pengalaman yang positif dalam mengaktualisasikan dirinya.

c. Harga diri rendah

Harga diri rendah Adalah perasaan negative tentang diri sendiri, termasuk kehilangan kepercayaan diri, tidak berharga, tidak berdaya, pesimisme, merasa tidak ada harapan dan putus asa. Perilaku yang terkait dengan harga diri rendah termasuk mengkritik diri sendiri, penurunan produktivitas, perilaku destruktif terhadap orang lain, hubungan yang rusak, perasaan tidak mampu, rasa bersalah, perasaan negative tentang tubuh

d. Kerancuan Identitas

Kerancuan identitas Adalah ketidakmampuan individu untuk mengintegrasikan berbagai identitas masa kanak-kanak ke dalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis. Perilaku yang terkait dengan kerancuan identitas termasuk kode moral, sifat kepribadian yang saling bertentangan, hubungan interpersonal

yang kasar, dan perasaan hampa. Perasaan mengambang tentang diri sendiri, tingkat kecemasan yang tinggi dan kemampuan untuk memahami orang lain.

e. Depersonalisasi

Depersonalisasi adalah perasaan tidak realistis Dimana klien tidak dapat membedakan antara rangsangan internal dan eksternal. Individu mengalami kesulitan membedakan diri sendiri dari orang lain dan tubuh mereka sendiri terasa tidak nyata dan asing.

3) Etiologi

Konsep diri manusia bereaksi secara komperhensif yaitu biologis-psiko-sosial. Etiologi pada pasien Harga Diri Rendah terdiri dari faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Menurut Yusuh AH, dkk, 2015 dalam (Ramadia arya, 2023):

a. Faktor Predisposisi

Pengaruh genetic, pengalaman masalalu dan kondisi saat ini Adalah beberapa jenis faktor predisposisi yang merujuk pada cara seseorang melihat dan menanggapi stress.

1. Faktor Biologis

Faktor biologis terjadi akibat adanya ketidaknormalan neurokimia dan masalah pada system saraf diotak, serta faktor genetik. Aspek pada biologis dapat dijelaskan dibawah ini:

a) Faktor genetic

Adanya Riwayat trauma kepala, terdapat lesi pada limbik, temporal dan frontal, adanya Riwayat janin mengalami cedera.

b) Faktor Nutrisi

Adanya Riwayat kekurangan nutrisi dengan tanda gejala berat badan menurun, rambut rontok.

c) Faktor Kesehatan

Riwayat kesehatan, adanya kelemahan fisik, adanya penyakit infeksi.

2. Faktor Psikososial

Faktor Psikososial yang erat dengan interaksi seorang ibu dan anaknya, peran seorang ayah, kompetisi antara kakak dan adik kandung, hubungan dengan saudara, pekerjaan, tuntutan komunitas tempat tinggal. Kemampuan dalam menghadapi masalah sosial dipengaruhi juga dengan faktor-faktor kecerdasan, perkembangan emosi, konsep diri dan adaptasi. Pasien dengan Harga diri rendah biasanya mengalami pengalaman tidak Bahagia seperti sering ditolak, kegagalan dan keinginan orang tua yang tidak realistis, kurangnya rasa tanggung jawab individu, sering tergantung kepada orang lain.

3. Faktor sosial kultural

Faktor sosial kultural atau sosial budaya diantaranya : Faktor keluarga, pola asuh orang tua, ekonomi, masalah kelompok minoritas, perumahan, fasilitas pelayanan Kesehatan, tidak memadai kesejahteraan, serta pengaruh keagamaan. Pengaruh sosial budaya seperti lingkungan menilai negatif terhadap pasien, rendahnya sosial ekonomi, pada tahap tumbuh kembang mendapat penolakan dari lingkungan dan Tingkat Pendidikan rendah.

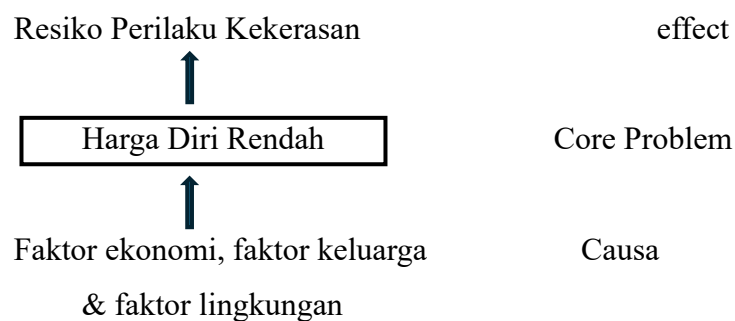
b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi istilah lainnya adalah peristiwa pencetus yang merupakan rangsangan yang timbul dari lingkungan internal atau eksternal dan dirasakan oleh individu dengan cara melalui pengalaman stress yang tergantung pada penilaian kognitif individu terhadap situasi. Penilaian kognitif adalah evaluasi individu tentang signifikansi pribadi dari peristiwa

atau kejadian. Respon kognitif terdiri dari penilaian primer dan penilaian sekunder.

4) **Pohon Masalah**

Bagan 2.5 Pohon Masalah Harga Diri Rendah



5) **Jenis-jenis Harga Diri Rendah**

Harga Diri Rendah (HDR) adalah kondisi Dimana individu mengevaluasi dirinya secara negatif dan merasa tidak berharga, tidak berdaya, tidak penting dan tidak berguna. HDR dapat diklasifikasikan menjadi 2 jenis yaitu (Sanusih. H, 2025):

- c. **Harga Diri Rendah Situasional** adalah perasaan negatif tentang diri yang muncul sebagai respons terhadap situasi atau peristiwa tertentu, seperti kehilangan pekerjaan, gagal dalam ujian atau perceraian. Jenis ini biasanya sementara dan berubah sesuai dengan keadaan.
- d. **Harga Diri Rendah Kronik**, di sisi lain, adalah perasaan tidak berharga yang mandarah daging dan bertahan lama.

6) **Tanda dan gejala**

Tanda dan gejala Harga diri rendah termasuk penilaian diri yang negative tentang diri sendiri, seperti (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017):

- a. Merasa dirinya tidak berguna
- b. Merasa tidak tertolong
- c. Merasa malu
- d. Merasa tidak mampu melakukan apapun

- e. Meremehkan kemampuan untuk mengatasi masalah
- f. Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif
- g. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri
- h. Menolak untuk mencoba hal baru
- i. Berjalan menunduk
- j. Memiliki postur tubuh yang tidak menarik

7) Penatalaksanaan

a) Farmakologi

Secara farmakologi, terapi medis untuk harga diri rendah biasanya menyebabkan penggunaan antidepresan, dimana obat ini diharapkan mampu meningkatkan suasana hati pasien sehingga pasien relatif lebih mudah untuk menjalankan aktivitas. Perlu diketahui bahwa antidepresan tidak menyembuhkan depresi, tetapi mengurangi atau menghilangkan gejala depresi. Ini karena antidepresan juga dapat menghentikan pengambilan kembali neurotransmitter norepinefrin dan serotonin, yang dapat meningkatkan konsentrasi penderita (Diva Nur Fadhila & Dewi Rahmawati, 2025)

b) ECT

Pengobatan modern yang dikenal sebagai electroconvulsive therapy (ECT), juga dikenal sebagai shock therapy, menggunakan pulse elektrik untuk merangsang otak. Umumnya terapi dilakukan 6-12 kali yang diberikan 2-3 kali seminggu. Indikasi pemberian ECT pada pasien dengan gangguan bipolar berjumlah 70%; pasien dengan skizofrenia berjumlah 17%. Tiga indikasi ter jelas untuk ECT adalah gangguan depresif berat, episode manik dan pada beberapa kasus skizofrenia. Keputusan untuk menganjurkan ECT pada seorang pasien, seperti semua anjuran terapi, harus didasarkan pada pilihan terapi yang tersedia bagi pasien dan pertimbangan

risiko dan manfaatnya. (Purohit et al., 2019 dalam Maharani & Pratiwi, 2024).

c) Terapi Supportif dan kognitif

Terapi pendukung bertujuan untuk memberikan dukungan, inspirasi, dan dorongan kepada penderita agar mereka tidak putus asa. Terapi kognitif yang berorientasi terhadap masalah dan pemecahannya adalah salah satu jenis terapi yang dapat dilakukan.

Penanganan yang dapat dilakukan pada pasien dengan masalah harga diri rendah adalah melalui implementasi terapi menggambar. Terapi menggambar (Art Therapy) merupakan salah satu intervensi psikoterapi yang menggunakan media seni, material seni dengan pembuatan karya seni untuk berkomunikasi. Penggunaan aktivitas menggambar atau melukis sebagai suatu terapi didasarkan pada asumsi bahwa gambar merupakan bentuk komunikasi yang dengannya individu jarang melakukan resisten, bahkan memberikan memberikan cara untuk mengekspresikan pikiran dan perasaannya (Danang DKK, 2025)

d) Terapi Manipulasi Lingkungan

Kegiatan tertentu dapat membantu pasien dengan gangguan jiwa sembuh dalam terapi manipulasi lingkungan, yang merupakan terapi yang bersifat terapeutik. Proses penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa sangat dipengaruhi oleh lingkungan mereka. Tujuan terapi ini adalah untuk membantu pasien menjadi lebih percaya diri, belajar berhubungan dengan orang lain, dan belajar mempercayai orang lain.

Selain terapi fisik (farmakoterapi), terapi psikologis (psykotherapy), juga perlu mengutamakan optimalisasi aspek lingkungan melalui penerapan konsep – konsep psikologis

lingkungan. Hal ini berarti pentingnya upaya – upaya memadukan konsep terapi dengan konsep psikologis lingkungan dalam mengupayakan kesembuhan pasien gangguan mental. Pasien gangguan mental harga diri rendah seringkali diasingkan di lingkungan, terbuang dari keluarga, dan mendapat perlakuan fisik yang kurang manusiawi sehingga upaya –upaya dalam memodifikasi lingkungan menjadi sangat penting (Stuart, 2007). Terapi lingkungan merupakan suatu tindakan penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa melalui manipulasi dan modifikasi unsur yang ada di lingkungan dan berpengaruh terhadap proses penyembuhan (Yosep, 2011 dalam (Rini et al., 2020)).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian sebagai tahap awal proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisis data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistik, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Seorang perawat jiwa diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri (self awareness), kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespons secara efektif (Stuart dan Sundeen, 2002) karena hal tersebut menjadi kunci utama dalam menumbuhkan hubungan saling percaya dengan pasien. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien akan memudahkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Oleh karenanya, dapat membantu pasien menyelesaikan masalah sesuai kemampuan yang dimilikinya (Yusuf , 2015).

Hal yang perlu di kaji pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah, 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. Identitas Penanggungjawab

Identitas Penanggungjawab meliputi: nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien.

c. Alasan Masuk

Alasan yang menyebabkan klien atau keluarga datang/dirawat di rumah sakit, apa yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini dan bagaimana hasilnya.

d. Faktor Predisposisi

Kaji kepada klien/keluarga apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa di masalalu, apakah pengobatan sebelumnya berhasil atau tidak, apakah bisa beradaptasi di Masyarakat tanpa ada gejala-gejala gangguan jiwa atau gejala-gejala sisa, apakah klien pernah melakukan atau mengalami dan atu menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan Tindakan kriminal. Kaji apakah ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa dan kaji tentang pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan/kehilangan/perpisahan/kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah klien alami di masalalu.

e. Pemeriksaan fisik

Dalam asuhan keperawatan jiwa pada pasien bipolar, pemeriksaan fisik menyeluruh merupakan langkah krusial untuk mendeteksi komorbiditas metabolik dan efek samping terapi psikotropika. Perawat harus rutin mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, laju pernapasan, dan suhu tubuh) serta melakukan penilaian antropometri (tinggi badan, berat badan, dan indeks massa tubuh) untuk memantau

risiko obesitas, hipertensi, dan diabetes mellitus. Selain itu, inspeksi dan palpasi kulit, pemeriksaan tremor, edema, postur, serta mobilitas memberikan gambaran awal gangguan neurologis atau kardiovaskular yang mungkin timbul akibat litium, antipsikotik, atau stabilisator mood. Keluhan fisik yang dilaporkan pasien seperti kelelahan, pusing, nyeri dada, atau gangguan tidur juga harus dicatat secara sistematis untuk merancang intervensi keperawatan spesifik.

f. Psikososial

a. Genogram

Menyusun pohon keluarga hingga tiga generasi untuk memetakan riwayat gangguan jiwa, pola komunikasi, gaya asuh, dan struktur pengambilan keputusan keluarga. Data ini berguna mengidentifikasi faktor risiko psikososial yang dapat memengaruhi kondisi klien.

b. Konsep Diri

Konsep diri meliputi aspek berikut:

1. Citra Tubuh

Tanyakan bagaimana klien memandang tubuhnya dan bagian yang dirasa nyaman atau tidak nyaman.

2. Identitas Diri

Gali kepuasan klien terhadap jenis kelamin, peran dalam keluarga, dan status sosialnya. Umumnya, interaksi klien dengan keluarga maupun Masyarakat tidak efektif sehingga klien merasa tidak puas dengan status atau posisinya sebagai anggota keluarga dan masyarakat

3. Peran Diri

Identifikasi kesulitan klien menjalankan tugas sosial atau perannya dalam keluarga/Masyarakat. Tugas klien pada keluarga/pekerjaan maupun Masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi/peran, perubahan yang terjadi disaat klien sakit maupun dirawat.

4. Ideal Diri

Menanyakan harapan klien terhadap tubuh, posisi, status/peran, harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, Masyarakat), harapan klien terhadap proses penyembuhan dan perannya pasca perawatan.

5. Harga Diri

Nilai rasa percaya diri klien dalam berinteraksi, perasaan diasingkan oleh lingkungan sering menurunkan harga diri.

c. Hubungan Sosial

Mintalah klien menyebutkan anggota keluarga atau teman terdekat serta kelompok sosial yang diikutinya. Perhatikan pola interaksi misalnya kedekatan dengan orang tua atau isolasi dari tetangga untuk menilai dukungan sosial dan potensi stres interpersonal. Umumnya hubungan sosial pada resiko perilaku kekerasan terganggu, sebab adanya resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungannya serta mempunyai amarah yang tidak terkontrol.

d. Spiritual

1. Nilai Keyakinan

Ajukan pertanyaan kepada klien mengenai pandangan dan keyakinannya terhadap gangguan jiwa yang sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianutnya. Apakah perasaan marahnya mempengaruhi keyakinan klien dengan Tuhannya.

b. Kegiatan Ibadah

Tanyakan kepada klien mengenai kegiatan ibadah yang dilakukan di rumah, baik secara individu maupun secara bersama-sama dengan kelompok.

g. Status Mental

Dipengkajian status mental ada beberapa aspek yang perlu diperhatikan, sebagai berikut:

1) Penampilan

Melakukan pengamatan terhadap penampilan klien dari ujung rambut hingga ujung kaki, termasuk aspek seperti rambut yang berantakan, kancing baju yang tidak terpasang dengan benar, pakaian yang terbalik, dan pilihan pakaian yang tidak sesuai.

2) Pembicaraan

Mengamati pola bicara klien, apakah itu cepat, keras, gagap, membisu, apatis, lambat, atau berpindah-pindah dari satu topik ke topik lain.

3) Aktivitas Motorik

Amati tanda agitasi (pacing, gelisah), lesu, katatonia (immobilitas), tremor, TIK (gerakan involunter sekejap dan berkali-kali mengenai sekelompok otot yang relatif kecil), Grimase (Gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat di control), Kompulsif (kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan) atau gerakan mulut meniru bicara, sebagai indikasi kecemasan ekstrem atau disfungsi neuromotor.

4) Alam Perasaan

Gali kondisi emosional mendasar seperti depresi, kecemasan, atau euphoria termasuk lamanya dan intensitasnya untuk mengidentifikasi gangguan afektif

5) Afek

Lihat kesesuaian ekspresi wajah dengan suasana hati; afek yang datar (*flat*), tidak sesuai (*incongruent*), atau labil menunjukkan disfungsi regulasi emosional. Pada resiko perilaku kekerasan umumnya labil, emosi cepat berubah-ubah, emosi bertentangan serta berlawanan dengan stimulus.

6) Interaksi Selama Wawancara

Nilai kemampuan kontak mata, sikap kooperatif, dan inisiatif berbicara. Penarikan diri, defensif, atau agresif mengganggu proses

pengkajian dan perlu strategi pendekatan khusus dalam melakukan pengkajian. Umumnya klien tidak kooperatif, mudah tersinggung.

7) Presepsi

Identifikasi halusinasi (*auditori, visual, taktil, gustatori*) atau ilusi, termasuk frekuensi, durasi, dan dampaknya pada fungsi sehari-hari. Pada resiko perilaku kekerasan kaji apakah terdapat sesuatu yang mengintruksikan klien untuk melakukan perilaku kekerasan.

8) Proses Pikir

Mengamati proses berpikir klien selama wawancara, apakah itu terhenti (Blokning) atau terputus, Sirkumtansial (Pembicaraan yang berbelit-bwlit tapi sampai pada tujuan pembicaraan), Tangensial (Pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan), dll.

9) Isi Pikir

Amati adanya delusi (paranoid, referensial), obsesi, atau pikiran bunuh diri, obsesi (Pikiran yang selalu muncul meski klien berusaha menghilangkannya), Depersonalisasi (Perasaan Klien yang asing terhadap diri sendiri, orang atau lingkungan. Konten pikiran yang menyimpang menandakan gangguan realitas serius.

10) Memori

Periksa memori jangka pendek (mis. mengulang tiga kata) dan jangka panjang (riwayat pribadi) untuk mendeteksi amnesia atau konfabulasi (Pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan.

11) Tingkat Konsentrasi dan berhitung

Mengamati tingkat konsentrasi dan berhitung klien selama wawancara, klien mungkin kesulitan untuk berkonsentrasi atau mengingat informasi dan sering meminta untuk diulangi dalam percakapan. Tes sederhana seperti menghitung mundur dari 20 atau *serial sevens* untuk menilai atensi dan fungsi eksekutif.

12) Kemampuan Penilaian

Mengamati kemampuan klien dalam membuat keputusan. Menilai gangguan kemampuan penilaian ringan dan Gangguan kemampuan penilaian bermakna.

13) Daya Titik Diri

Mengamati pemahaman klien tentang penyakit yang dideritanya, Klien mungkin menyadari bahwa dirinya sedang menjalani pengobatan untuk mengendalikan emosionalnya yang labil.

h. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

Ajukan pertanyaan dan perhatikan tentang jumlah, frekuensi, variasi, dan jenis makanan yang dikonsumsi klien, serta kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan peralatan makan.

2. BAB/BAK

Amati kemampuan klien untuk buang air besar dan buang air kecil, seperti pergi ke toilet dan membersihkan diri.

3. Mandi

Tanyakan dan amati seberapa sering klien mandi, metode mandi, menyikat gigi, mencuci rambut, gunting kuku, dan bercukur, serta perhatikan tingkat kebersihan tubuh dan bau badan klien.

4. Berpakaian

Amati kemampuan klien dalam mengenakan pakaian dan alas kaki, serta perhatikan penampilan dan gaya berpakaian klien.

5. Istirahat dan Tidur

Tanyakan dan perhatikan durasi tidur siang/malam klien, aktivitas sebelum tidur, dan aktivitas setelah bangun tidur.

6. Penggunaan Obat

Tanyakan dan amati penggunaan obat oleh klien dan keluarga, serta reaksi yang ditimbulkannya.

7. Pemeliharaan Kesehatan

Tanyakan kepada klien dan keluarga mengenai jenis, cara, waktu, dan tempat perawatan lanjutan, serta sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.

8. Kegiatan Dalam Rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, membersihkan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu dan mengepel), mencuci pakaian sendiri, dan mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

9. Kegiatan di Luar Rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam berbelanja untuk keperluan sehari-hari, serta aktivitas lain di luar rumah (pembayaran tagihan listrik/telepon/air, kunjungan ke kantor pos, dan ke bank).

i. Mekanisme Koping

Pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) dan Harga Diri Rendah (HDR), mekanisme koping merupakan cara yang digunakan pasien untuk menghadapi stres, tekanan emosional, konflik, maupun perasaan tidak berharga. Mekanisme koping yang muncul dapat bersifat adaptif maupun maladaptif, tergantung pada kemampuan pasien dalam mengelola emosi dan menyelesaikan masalah. Pada pasien dengan RPK, mekanisme koping yang sering ditemukan cenderung maladaptif, seperti mudah marah, berbicara dengan nada tinggi, mengancam, membentak, atau menunjukkan perilaku agresif ketika menghadapi situasi yang dianggap tidak menyenangkan. Pasien juga dapat mengalami kesulitan mengontrol emosi sehingga kemarahan diekspresikan secara berlebihan. Kondisi ini menunjukkan bahwa pasien belum mampu menggunakan cara penyelesaian masalah yang efektif. Sedangkan pada pasien dengan HDR, mekanisme koping yang muncul dapat berupa menarik diri dari lingkungan sosial, merasa tidak mampu, menghindari interaksi, kurang percaya diri, serta sering

merendahkan diri sendiri. Pasien cenderung pasif dalam menghadapi masalah dan lebih memilih menghindar daripada mengungkapkan perasaan atau mencari bantuan.

j. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Data didapatkan melalui wawancara pada klien dan keluarganya, pada setiap masalah yang dimiliki klien yang spesifik, singkat dan jelas.

k. Pengetahuan

Umumnya, klien memiliki pemahaman yang memadai tentang kondisinya, memungkinkan dia untuk menerima keadaan penyakitnya dan merespons perawatan yang diberikan.

l. Aspek Medis

Pengobatan yang diterima oleh pasien dapat meliputi pengobatan obat, terapi psikomotor, terapi okupasional, layanan TAK, dan program rehabilitasi.

2. **Analisa Data**

Analisa data adalah kemampuan untuk mengaitkan informasi dan menghubungkannya dengan prinsip-prinsip teori yang relevan, sehingga memungkinkan pembuatan kesimpulan yang memandu dalam identifikasi masalah yang ada.

3. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merujuk pada penilaian klinis mengenai tanggapan aktual atau potensial individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan. Rumusan diagnosis terdiri dari permasalahan yang terkait dengan etiologi, dengan hubungan sebab-akibat yang didasarkan pada ilmu pengetahuan. Rumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada kerangka pemikiran yang telah ditetapkan, seperti pohon masalah. Diagnosa keperawatan antara lain (Sucipto, 2025):

- a. Resiko Perilaku Kekerasan
- b. Harga Diri Rendah

4. Intervensi

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko Perilaku Kekerasan	1. Membina hubungan saling percaya 2. Klien mampu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 3. mengidentifikasi tanda tanda perilaku kekerasan 4. Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan 5. Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan 6. Menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasan 7. Mencegah/mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik, spiritual, sosial dan terapi psikofarmaka	Setelah 1x pertemuan klien dapat : 1. Ketika di evaluasi klien mampu membalas salam, tersenyum, ada kontak mata serta menyediakan waktu kunjungan berikutnya 2. Bersedia menceritakan perasaannya	SPI : 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik - Berjabat tangan - Menjelaskan tujuan interaksi - Membuat kontak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu klien. 2. Identifikasi resiko perilaku kekerasan : - Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat emosi - bantu klien mengungkapkan penyebab perasaan emosi - bantu klien untuk mengobservasi tanda dan	SPI : 1. Klien mampu menjalin hubungan saling percaya dengan perawat. 2. Penyebab tanda dan gejala cara mengatasi akibat resiko perilaku kekerasan. 3. Agar klien dapat mengungkapkan rasa marah dengan Latihan fisik 1 dan tidak pada orang lain untuk mengontrol dirinya dari emosi. 4. Melatih klien untuk menerapkan Tindakan yang sudah diberikan.

		Setelah pertemuan kedua, klien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari.	gejala masalah yang di alam - bantu klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh klien. 3. Melatih klien dengan cara fisik 1 : relaksasi tarik nafas dalam 4. Anjurkan klien mencatat Tindakan yang telah diberikan perawat. SP II : 1. Evaluasi masalah dan Latihan sebelumnya: - Klien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan - Klien mampu menyebutkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan - Klien mampu menyebutkan akibat resiko perilaku kekerasan	SP II : 1. Membantu klien untuk menentukan kegiatan selanjutnya. 2. Membantu klien agar terbiasa melampiaskan marah dengan memukul bantal dan Kasur. 3. Membantu klien untuk mengingat dan menerapkan Tindakan yang sudah diberikan.
--	--	---	---	---

		Setelah pertemuan ketiga, klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari.	- Klien mampu mempraktikkan cara fisik 1 yaitu Teknik relaksasi nafas dalam. 2. Melatih klien dengan cara fisik 2 : pukul bantal dan Kasur. 3. Anjurkan klien untuk memasukkan ke jadwal harian. SP III : 1. Evaluasi masalah dan Latihan sebelumnya 2. Klien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara Latihan fisik 2 : pukul jasur dan bantal 3. Latih klien dengan verbal yang baik dengan cara Latihan fisik 3 : - Meminta dengan baik - Mengungkapkan perasaan dengan baik	SP III : 1. Membantu klien untuk menentukan kegiatan selanjutnya. 2. Membantu klien mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya. 3. Membantu klien untuk meminta dengan baik. 4. Membantu klien untuk mengingat dan menerapkan Tindakan yang sudah diberikan.
--	--	---	--	--

		Setelah pertemuan keempat, klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari. 3. Dapat mengontrol perilaku marah dengan spiritual	4. Anjurkan klien memasukkan jadwal ke kegiatan harian. SP IV : 1. Evaluasi masalah dan Latihan sebelumnya : Klien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 3 : berbicara dengan baik 2. Latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan berdoa dan beribadah menganjurkan pasien sholat 5 waktu untuk meredakan rasa marahnya. 3. Anjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian.	SP IV : Evaluasi terhadap kesiapan spiritual pasien memungkinkan intervensi berbasis nilai dan keyakinan pasien yang meningkatkan kenyamanan emosional. Aktivitas spiritual seperti dzikir atau wudhu dapat menurunkan ketegangan dan meningkatkan regulasi emosi melalui pendekatan religius yang menenangkan. Rutinitas aktivitas spiritual membantu menciptakan struktur harian yang menenangkan dan memperkuat kontrol diri pasien. SP V
--	--	---	--	---

		Setelah pertemuan kelima, klien mampu : 1. dapat mengontrol marah dengan spiritual 2. Dapat mengontrol marah dengan Farmakologi / obat 3. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. 3. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari.	SP V 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan meminum obat secara 3. Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian	Integrasi waktu minum obat ke dalam rutinitas pasien membantu meningkatkan kepatuhan dan mencegah kambuhnya gejala. Kepatuhan terhadap obat psikiatri penting dalam menyeimbangkan neurotransmitter yang berperan dalam pengendalian impuls dan emosi. Penggunaan pengingat atau keterlibatan keluarga dalam pengaturan waktu minum obat memperkuat konsistensi pasien dalam mengikuti terapi farmakologis.
Harga Diri Rendah	Klien Mampu: 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki	Setelah 1x pertemuan klien mampu:	SP I 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek	SP I 1. Mengeksplorasi kemampuan positif yang dimiliki klien.

	2. Menilai kemampuan yang dapat digunakan. 3. Memilih kemampuan yang sesuai. 4. Merencanakan kegiatan yang sudah dipilih.	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.	positif yang masih dimiliki klien a. Mendiskusikan 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. 2. Bantu klien 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.	2. Membantu klien menghargai kemampuan klien. 3. Membantu klien mengembangkan kemampuan yang ada. 4. Untuk mengontrol klien dalam melakukan kegiatannya.
--	--	--	--	---

			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. Aktivitas yang memerlukan bantuan minimal dari perawat atau keluarga. d. Aktivitas apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat klien. e. Beri contoh cara pelaksanaan aktivitas 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 dilakukan oleh klien. b. Berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai dengan kemampuan yang di perlihatkan klien. 5. Membantu Menyusun a. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mencoba kegiatan. b. Memberikan pujian atas aktivitas/ kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari. c. Tingkatkan kegiatan sesuai toleransi dan perubahan setiap kegiatan. d. Susun daftar aktifitas yang sudah dilakukan Bersama klien.	
--	--	--	---	--

		Setelah 2x pertemuan 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I) 2. Pilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan. 3. Latih kemampuan yang dipilih. 4. Masukkan dalam jadwal kegiatan klien. 5. Berikan penghargaan atau pujian atas kemajuan klien.	SP II 1. Memantau perkembangan klien dalam melakukan kegiatan. 2. Latih kemampuan klien yang bisa selain kemampuan yang pertama. 3. Bantu klien mengidentifikasi kemampuan yang dilatih. 4. Untuk mengontrol kegiatan sehari-hari. 5. Penghargaan dan pujian akan memotivasi klien dalam kemajuan yang telah dilakukan serta diri klien	SP II 1. Memberikan semangat untuk menjalankan kegiatan yang lebih baik untuk klien. 2. Dengan pujian dapat meningkatkan harga diri. 3. Memudahkan klien untuk memahami dan klien tidak lupa.
--	--	--	--	--

5. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan tahapan operasional dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun secara sistematis berdasarkan hasil pengkajian dan penetapan diagnosis keperawatan. Intervensi yang dilakukan mengacu pada Standar Asuhan Keperawatan Jiwa (SAK) dengan mempertimbangkan relevansi intervensi terhadap permasalahan keperawatan yang diidentifikasi.

Sebelum pelaksanaan tindakan, perawat akan melakukan kontrak terapeutik dengan pasien yang mencakup pemberian informasi mengenai prosedur keperawatan yang akan dilakukan, tujuan tindakan, serta peran yang diharapkan dari pasien selama proses implementasi berlangsung. Validasi terhadap rencana tindakan dilakukan untuk memastikan bahwa implementasi yang akan dilaksanakan tetap sesuai dengan kebutuhan dan kondisi aktual pasien. Selain itu, perawat juga melakukan evaluasi terhadap kompetensi personal, baik dari aspek keterampilan interpersonal, intelektual, maupun teknis, serta memastikan keamanan tindakan bagi pasien. Apabila seluruh aspek tersebut telah dipastikan tidak menjadi hambatan, maka tindakan keperawatan dapat dilaksanakan secara sistematis dan sesuai dengan standar prosedur operasional. Setiap tindakan keperawatan dan respons pasien terhadap implementasi didokumentasikan secara lengkap, akurat, dan berkesinambungan sebagai bagian dari tanggung jawab profesional dan legal praktik keperawatan.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan akhir dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai keberhasilan pencapaian tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan respons pasien terhadap intervensi yang telah diberikan, guna mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan keperawatan dalam mengatasi masalah yang ada. Pada pasien dengan gangguan persepsi sensorik (halusinasi pendengaran) evaluasi menunjukkan bahwa secara umum pasien tidak menunjukkan perilaku kekerasan selama menjalani perawatan. Selain itu, pasien mampu membangun hubungan saling percaya dengan

perawat, mengenali kemunculan halusinasi, serta menunjukkan kemampuan dalam mengendalikan halusinasi pendengaran dalam rentang waktu enam hari perawatan.

Data subjektif memperlihatkan bahwa pasien menyatakan telah mengenali gejala halusinasi dan mampu menerapkan beberapa teknik pengendalian halusinasi seperti dengan cara menghardik, mengalihkan perhatian dan berbicara dengan orang lain dan menjadwalkan aktivitas sehari-hari. Sementara itu, data objektif menunjukkan bahwa meskipun pasien masih terlihat berbicara sendiri pada beberapa waktu, pasien telah mampu berinteraksi dengan lingkungan sosial, menjalani aktivitas harian yang telah dijadwalkan, serta mematuhi jadwal minum obat secara konsisten (Pardede, 2020). Evaluasi ini dapat dianalisis menggunakan pendekatan SOAP, yaitu kerangka berpikir sistematis dalam pencatatan evaluasi keperawatan (Sianturi, 2022), yang terdiri dari:

- S (*Subjective*): Tanggapan subjektif pasien terhadap intervensi keperawatan yang diberikan, termasuk persepsi dan perasaan pasien atas hasil tindakan.
- O (*Objective*): Data objektif yang diperoleh dari hasil observasi atau pemeriksaan yang menggambarkan respons nyata pasien terhadap intervensi.
- A (*Assessment*): Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menentukan keberhasilan intervensi, mengidentifikasi masalah baru, atau mengevaluasi adanya perkembangan atau kemunduran kondisi pasien.
- P (*Planing*): Perencanaan tindak lanjut yang disusun berdasarkan hasil evaluasi, baik melanjutkan rencana sebelumnya, merevisi intervensi, atau menyusun strategi baru yang lebih sesuai dengan kondisi pasien terkini.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Laporan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

1. Identitas Pasien

Nama	: Tn.A
Umur	: 45 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Tidak Bekerja
Alamat	: Rancabali, Bandung
Tanggal Pengkajian	: 09 Mei 2026
Tanggal Masuk	: 28 Desember 2021
No Rekam Medis	: 013001
Diagnosa Medis	: Gangguan Afektif Bipolar

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny.A
Umur	: 52 Tahun
Alamat	: Rancabali, Bandung
Hubungan Dengan Klien	: Kaka

b. Alasan Masuk

Klien masuk Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut di jemput oleh pihak Klinik pada tanggal 28 Desember 2021. Klien datang dalam keadaan kesal, emosional dan menunjukkan kemarahan. Di rumah klien mengalami konflik dengan kakak iparnya yang sering memarahinya. Ketegangan meningkat hingga terjadi pertengkaran, yang dipicu oleh kesulitan klien dalam meminum obat.

Keluarga sempat meleraikan tapi klien tetap menunjukkan kemarahannya terhadap kakak iparnya.

Keluhan Sekarang

Saat dilakukan pengkajian pada hari Sabtu 9 Mei 2026, klien tampak aktif bercerita dan selalu menceritakan kekesalannya kepada kakak iparnya, tampak emosi, mata melotot, bicara cepat, dan nada bicara meningkat saat emosi. Emosinya tidak stabil sempat menangis, tiba-tiba kontak mata kurang. Klien mengatakan masih merasa kesal dan marah kepada kakak iparnya, klien mengatakan pernah bertengkar dengan kakak ipar dan adiknya, memukul dan berbicara kasar, Klien mengatakan pernah bertengkar dengan kakak ipar dan adiknya, memukul dan berbicara kasar, klien mengatakan pernah mengancam petugas Yayasan dengan kata kata kasar, klien mengatakan pernah bertengkar dengan teman di Yayasan. Klien mengatakan merasa malu karena belum bisa membantu saudara-saudara dan keluarganya, merasa malu karena belum memiliki pasangan dan belum menikah, merasa malu karena faktor ekonomi di lingkungan pertemanan di Yayasan, merasa malu karena belum mempunyai pekerjaan.

c. Faktor Predisposisi

1. Riwayat Gangguan Jiwa di Masalalu

Klien mengatakan bahwa dirinya telah mengalami gangguan jiwa sejak tahun 2006 dan telah menjalani perawatan di Rumah Sakit Hurip Waluya Riaw, Bandung selama 11 hari, sempat pulang namun kemudian 2007 masuk kembali selama 1 bulan, sempat pulang lagi dan masuk kembali 2009 ke Rumah Sakit yang sama selama 1,5 bulan, setelah itu di pindahkan ke Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang.

2. Pengobatan Sebelumnya

Upaya pengobatan yang dijalani dinilai kurang optimal karena dalam proses adaptasi, klien masih memperlihatkan sisa-sisa gejala dari gangguan kejiwaannya.

3. Aniaya Fisik

Klien mengatakan bahwa klien pernah mengalami aniaya fisik dan kekerasan dalam lingkungan keluarga. Tindak kekerasan tersebut dilakukan oleh kakak iparnya dengan cara memukul dan memarahi klien karena enggan mengkonsumsi obat, klien juga pernah bertengkar Bersama adiknya karena masalah uang. Sebelum peristiwa kekerasan itu terjadi, klien juga pernah diusir dan dimarahi oleh orang tuanya karena menolak menikah dan ingin fokus dengan usaha rental ps nya. Klien menyebutkan bahwa peristiwa tersebut terjadi pada tahun 2006 dan menjadi pemicu dirujuknya ia ke Rumah Sakit Jiwa.

4. Riwayat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa

Klien mengatakan bahwa tidak terdapat riwayat gangguan jiwa pada anggota keluarganya selain dirinya.

5. Pengalaman Masalalu yang Tidak Menyenangkan

Klien mengatakan pernah kehilangan sepeda kesayangannya yang merupakan hadiah dari orang tua nya.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Baik

2) Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 140/90 mmHg

Nadi : 98x/menit

Suhu : 36,3°C

Respirasi : 20x/menit

SPO² : 99%

3) Pemeriksaan Antropometri

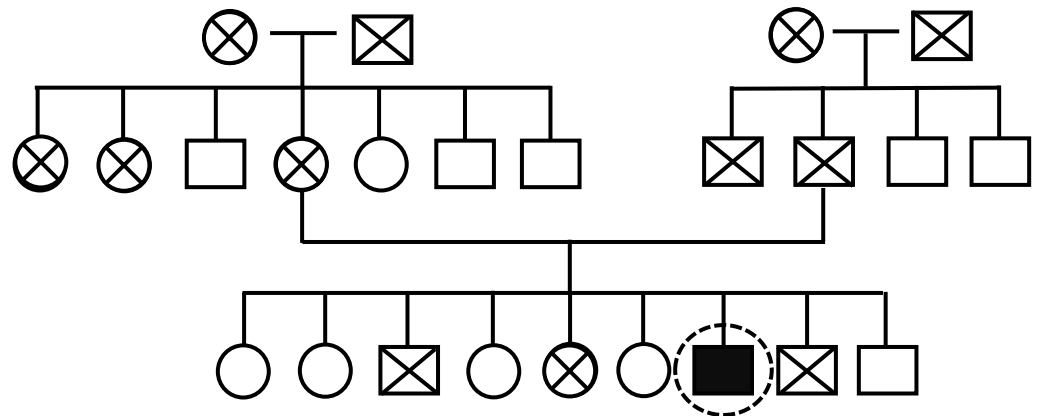
Tinggi Badan : 158 cm

Berat Badan : 63 kg

4) Keluhan Fisik : Saat dilakukan pengkajian klien hanya mengeluh badan nya gatal karena alergi dingin

e. Psikososial

1. Genogram



Simbol	Keterangan	Simbol	Keterangan
	Laki-laki		Garis Pernikahan
	Perempuan		Garis Keturunan
	Klien		Tinggal Serumah
	Meninggal		Berceraai

Keterangan:

Klien mengatakan klien anak ke-7 dari 9 bersaudara, di keluarganya tersebut yang memiliki gangguan jiwa hanya klien saja, klien belum menikah, sebelum masuk Rumah Sakit Jiwa klien tinggal bersama orang tua dan saudaranya, dari 2021 sampai sekarang klien masih menjalani rehabilitasi mental di Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang, Garut.

2. Konsep Diri

a) Citra Tubuh

Klien mengatakan menyukai otak karena dengan otak klien bisa berfikir bagaimana caranya bekerja dan mendapatkan uang. Sedangkan bagian tubuh yang tidak

disukai klien adalah mulut nya, karena sering berkata kasar kepada orang-orang saat sedang marah.

b) Identitas Diri

Klien mengatakan klien anak ke tujuh dari Sembilan bersaudara. Klien mengatakan bahwa sebelum menjalani perawatan, klien bekerja sebagai penjaga rental PS. Namun, ia merasa kurang puas dengan penghasilannya dahulu, status dan posisinya saat ini sebagai pengangguran. Klien juga mengidentifikasi dirinya sebagai laki-laki berusia 45 tahun.

c) Peran Diri

Sebagai anak laki-laki dan tulang punggung klien mengatakan belum mampu membantu keluarganya, merasa malu karena belum bekerja. Klien mengatakan bahwa peran yang di jalannya dalam keluarga adalah membantu kedua orang tuanya serta berusaha menjadi anak yang berbakti kepada mereka.

d) Ideal Diri

Klien mengatakan sebelum klien meninggal dunia dia ingin sukses di usahanya, ingin selalu peduli terhadap orang yang membutuhkan. Harapan untuk lingkungannya klien mengatakan semoga semuanya sukses, dan untuk kesehatannya klien berharap sembuh dan tidak gampang emosi, serta klien juga ingin menikah. Berencana untuk bekerja guna memperoleh penghasilan.

e) Harga Diri

Klien mengatakan merasa malu karena belum menikah, klien merasa tidak berguna. Merasa malu bersosialisasi dengan teman Yayasan karena faktor ekonomi dengan sesama pasien.

3. Hubungan Sosial

a) Orang yang berarti

Klien mengatakan bahwa orang yang berharga dalam hidupnya adalah ayahnya.

b) Peran Serta dalam Kegiatan Kelompok atau Masyarakat

Klien mengatakan bahwa dirinya aktif dalam berbagai aktivitas di lingkungan sekitarnya, seperti karangtaruna.

c) Keterlibatan Kelompok

Klien mengatakan ia aktif di kepemudaan sebagai seksi Rohani dan mengikuti kerja bakti.

4. Spiritual

a) Nilai dan Keyakinan

Klien mengatakan bahwa klien dan keluarganya beragama islam dan meyakini bahwa adanya Allah SWT. Dan meyakini bahwa dengan meningkatkan ibadah, proses penyembuhannya akan berlangsung lebih cepat.

b) Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan bahwa ia sudah jarang melakukan sholat 5 waktu untuk sekarang.

f. Status Mental

1) Penampilan

Klien menggunakan pakaian yang sesuai, masih menggunakan pakaian yang sama seperti saat pertama bertemu, Jenggot dan kumis Panjang, Badan berbau.

2) Pembicaraan

Klien dapat memulai pembicaraan, bicara cepat, nada bicara kadang naik, lebih banyak bicara, kadang menunduk.

Masalah keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah

3) Aktivitas Motorik

Klien tampak tegang, klien melakukan aktivitas sendiri seperti mandi, makan, beres-beres dan lain-lain.

4) Alam Perasaan

Klien sering merasa kesal kepada kakak iparnya, kadang sedih, kecewa, senang/bergembira.

Masalah Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan dan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri rendah

5) Afek

Apa yang di ekspresikan lebih sering kesal dan marah, klien tidak bersemangat, afek labil

Masalah keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan dan Gangguan

Konsep Diri : Harga Diri rendah

6) Interaksi Selama Wawancara

Klien lebih suka bercerita menceritakan kisah hidupnya, daripada menjawab pertanyaan, tampak kesal, defensive (selalu mempertahankan kebenaran dirinya), kontak mata kurang, klien sesekali menunduk, tampak gelisah.

Masalah keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan dan Gangguan

Konsep Diri : Harga Diri rendah

7) Persepsi Halusinasi

Klien tidak ada gangguan persepsi.

8) Proses Pikir

Klien mampu mengungkapkan perasaannya serta menjawab pertanyaan dengan jelas, klien menyampaikan informasi dengan cara yang berputar-putar, namun akhirnya tetap mengarah pada pokok permasalahan yang di maksud, berulang-ulang menjawab jawaban yang sama.

9) Isi Pikir

Pada saat dilakukan pengkajian, klien menunjukkan tidak adanya gangguan pada isi pikiran, serta mempertahankan keyakinan yang konsisten terhadap peristiwa-peristiwa di lingkungan sekitarnya.

10) Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran klien baik, mampu mengenali Lokasi di sekitarnya, serta dapat mengidentifikasi nama perawat yang melakukan pengkajian.

11) Memori

a) Jangka Panjang : Klien dapat mengingat kejadian di masalalunya.

b) Jangka Pendek : Klien tidak dapat mengingat kejadian minggu lalu.

- c) Saat ini : Klien dapat mengingat kejadian saat berbicara.

12) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Klien mampu berkonsentrasi dan berhitung dengan sederhana.

13) Kemampuan Penilaian

Gangguan Penilaian Ringan : Klien mampu mengambil keputusan.

14) Daya Tarik Diri

Klien menyadari bahwa saat ini sedang menjalani perawatan, klien menyatakan kakak iparnya adalah penyebab dia jadi seperti ini.

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

Klien mampu makan secara mandiri dengan menghabiskan satu porsi setiap kali makan, dengan frekuensi 3x dalam sehari.

2) BAB/BAK

Klien mengatakn BAB 1 bulan sekali atau 2 minggu sekali, susah BAB, BAB klien mandiri, BAK lancar dan mandiri.

3) Mandi

Klien mandi 1x sehari, yaitu di pagi hari secara mandiri, sikat gigi 1x sehari, keramas 1x sehari, mencukur kumis dan jenggot jika mau.

4) Berpakaian/Berhias

Klien menunjukkan kemandirian dalam berpakaian dan menyatakan bahwa ia mengganti pakaian setiap 3 hari sekali.

5) Istirahat Tidur

Klien mengatakan pada malam hari klien tidur mulai pukul 19.00 dan bangun sekitar pukul 05.00, kecuali pada malam minggu klien tidur pada pukul 22.00 dan bangun di pukul 07.00. Pada siang hari klien mengatakan tidur kurang dari 2 jam. Aktivitas yang dilakukan klien sebelum tidur yaitu menonton tv dan berdoa, tetapi tidak mencuci kaki terlebih dahulu. Setelah

bangun tidur, klien langsung mandi dan membantu menyiapkan alat makan pasien lain.

6) Penggunaan Obat

Klien menunjukkan kemampuan untuk mengkonsumsi obat secara mandiri dengan pengawasan, dengan jadwal pemberian obat 2x sehari, yaitu pada pagi dan sore hari.

Jenis Obat:

- a. Stelosi (2x Sehari)
- b. Hexymer (1x sehari)

7) Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan apabila kondisinya membaik, ia berkomitmen untuk mengikuti anjuran dokter dan perawat dengan mengkonsumsi obat secara teratur dan control secara teratur juga.

8) Aktivitas di Dalam

Klien mengatakan suka membantu orang tuanya bersih-bersih, mencuci pakaian dan kalau sembuh nanti klien akan Kembali menjalankan aktivitas rutin seperti biasa.

9) Aktivitas di Luar Rumah

Klien mengatakan selalu membantu kakak nya di bengkel tapi semenjak tidak kerja beliau keluar hanya menemani belanja. Kalau sembuh dia ingin Kembali bekerja dan membangun usahanya sendiri.

h. Mekanisme Koping

1) Adaptif

- a. Berbicara dengan orang lain
- b. Melakukan olahraga
- c. Ibadah

2) Maladaptif

- a. Menghindar
- b. Marah-marah

i. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan Dukungan Kelompok

Klien mengatakan bahwa dirinya tidak mengalami kesulitan dalam menjalani interaksi atau bergaul dengan kelompok Masyarakat di sekitarnya.

2. Masalah Berhubungan dengan Lingkungan

Klien mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki hambatan atau konflik dengan lingkungan sosial di tempat tinggalnya.

3. Masalah dengan Pendidikan

Klien mengatakan bahwa ia menempuh Pendidikan hingga tingkat Sekolah Menengah Atas (SMA) dan selama proses pendidikan tersebut tidak mengalami kendala yang berarti.

4. Masalah dengan Pekerjaan

Klien mengatakan bahwa saat ini belum memiliki pekerjaan, namun menyatakan keinginannya untuk mencari pekerjaan setelah kondisinya sembuh.

5. Masalah dengan Perumahan

Klien mengatakan bahwa tidak terdapat kendala terkait tempat tinggal, mengingat statusnya yang belum menikah.

6. Masalah dengan Ekonomi

Kondisi ekonomi keluarga klien tergolong mencukupi, meskipun klien tidak memiliki pekerjaan, kebutuhan hidupnya tetap dapat terpenuhi, namun klien selalu merasa bahwa ayah dan kakak-kakaknya pelit dan tidak mau memberi pinjaman dia uang untuk membuka usaha dan jajan.

7. Masalah dengan Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan yang diterima klien berjalan dengan baik dan tidak ditemukan kendala yang berarti.

8. Pengetahuan tentang Penyakit

Klien memiliki pengetahuan terkait kondisi penyakit yang sedang dialami.

j. Aspek Medis

Diagnosa medis : Gangguan Afektif Bipolar

Terapi medis :

Tabel 3.1 Terapi Medis

No	Nama Obat	Dosis	Waktu	Kegunaan	Efek samping
1	Stelosi	2x 5mg	08.00 dan 17.00	Mengatasi Stress	Mulut kering dan sembelit
2	Hexymer	1x 2mg	17.00	Menyeimbangkan kadar dopamine, mengatur suasana hati.	Mulut kering dan pusing

k. Daftar Masalah Keperawatan

1. Risiko Perilaku Kekerasan
2. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

2. Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

No	Data Penunjang	Masalah Keperawatan
1.	DS : 1. Klien mengatakan masih sering merasa kesal dan marah kepada kakak iparnya. 2. Klien mengatakan pernah bertengkar dengan kakak ipar dan adiknya, memukul dan berbicara kasar. 3. Klien mengatakan pernah mengancam petugas Yayasan 4. Klien mengatakan pernah bertengkar dengan teman di Yayasan. DO : 1. Klien tampak aktif bercerita dan selalu menceritakan kekesalannya kepada kakak iparnya. 2. Tampak kesal 3. Nada bicara meningkat saat emosi 4. Mata melotot 5. Gelisah	Risiko Perilaku Kekerasan
2.	DS : - Klien mengatakan merasa belum bisa membantu saudara-saudara dan keluarganya. - Klien mengatakan malu karena belum bekerja dan belum mendapatkan hasil gaji yang sesuai. - Klien mengatakan merasa malu dan terlambat karena belum menikah. - Klien mengatakan merasa tidak berguna.	Gangguan Persepsi Diri : Harga Diri Rendah

	- Klien mengatakan malu tentang ekonomi dengan sesama teman yayasannya. DO : - Tampak sesekali menunduk - Tampak lesu dan tidak bergairah - Postur tubuh kadang membungkuk	
--	--	--

3. Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Resiko Perilaku Kekerasan

DS:

-Klien mengatakan masih sering merasa kesal dan marah kepada kakak iparnya

-Klien mengatakan pernah bertengkar dengan kakak ipar dan adiknya, memukul dan berbicara kasar.

-Klien mengatakan pernah mengancam petugas Yayasan

-Klien mengatakan pernah bertengkar dengan teman di Yayasan.

DO :

-Klien tampak aktif bercerita dan selalu menceritakan kekesalannya kepada kakak iparnya.

-Tampak kesal

-Nada bicara meningkat saat emosi

-Mata melotot

-Gelisah

2. Harga Diri Rendah

DS :

-Klien mengatakan merasa belum bisa membantu saudara-saudara dan keluarganya.

-Klien mengatakan malu karena belum bekerja dan belum mendapatkan hasil gaji yang sesuai.

-Klien mengatakan merasa malu dan terlambat karena belum menikah.

-Klien mengatakan merasa tidak berguna, karena klien pernah mengalami penolakan di keluarga dan Masyarakat.

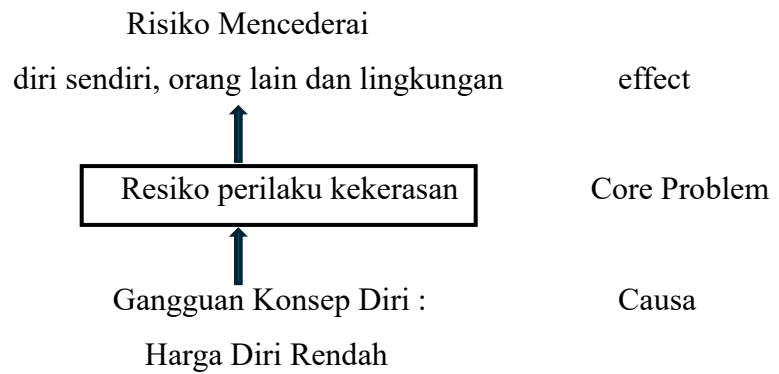
-Klien mengatakan malu tentang ekonomi dengan sesama teman yayasannya.

DO :

- Kontak mata kurang
- Tampak sesekali menunduk
- Tampak lesu dan tidak bergairah
- Postur tubuh membungkuk

4. Pohon Masalah

Bagan 3.1 Pohon masalah resiko perilaku kekerasan



5. Intervensi Keperawatan

Nama : Tn.A

Umur : 45 Tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Klinik : Klinik Nur Illahi Assanie

No.RM : 013001

Dx : Gangguan Afektif Bipolar

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko Perilaku Kekerasan	1. Membina hubungan saling percaya 2. Klien mampu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 3. mengidentifikasi tanda tanda perilaku kekerasan 4. Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan 5. Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan	Setelah 1x pertemuan klien dapat : 1. Ketika di evaluasi klien mampu membalas salam, tersenyum, ada kontak mata serta menyediakan waktu kunjungan berikutnya 2. Bersedia menceritakan perasaannya	SP I : 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik - Berjabat tangan - Menjelaskan tujuan interaksi - Membuat kontak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu klien. 2. Identifikasi resiko perilaku kekerasan : - Anjurkan klien mengungkapkan apa yang	SP I : 1. Klien mampu menjalin hubungan saling percaya dengan perawat. 2. Penyebab tanda dan gejala cara mengatasi akibat resiko perilaku kekerasan. 3. Agar klien dapat mengungkapkan rasa marah dengan Latihan fisik 1 dan tidak pada orang lain untuk mengontrol dirinya dari emosi.

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		Setelah pertemuan ketiga, klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari.	- Klien mampu menyebutkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan - Klien mampu menyebutkan akibat resiko perilaku kekerasan - Klien mampu mempraktikkan cara fisik 1 yaitu Teknik relaksasi nafas dalam. 2. Melatih klien dengan cara fisik 2 : pukul bantal dan Kasur. 3. Anjurkan klien untuk memasukkan ke jadwal harian. SP III : 1. Evaluasi masalah dan Latihan sebelumnya 2. Klien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara Latihan fisik 2 : pukul jasur dan bantal	marah dengan memukul bantal dan Kasur. 3. Membantu klien untuk mengingat dan menerapkan Tindakan yang sudah diberikan. SP III : 1. Membantu klien untuk menentukan kegiatan selanjutnya. 2. Membantu klien mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya.

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		Setelah pertemuan keempat, klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari. 3. Dapat mengontrol perilaku marah dengan spiritual	3. Latih klien dengan verbal yang baik dengan cara Latihan fisik 3 : - Meminta dengan baik - Mengungkapkan perasaan dengan baik 4. Anjurkan klien memasukkan ke jadwal kegiatan harian. SP IV : 1. Evaluasi masalah dan Latihan sebelumnya : Klien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 3 : berbicara dengan baik 2. Latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan berdoa dan beribadah menganjurkan pasien sholat 5 waktu untuk meredakan rasa marahnya.	3. Membantu klien untuk meminta dengan baik. 4. Membantu klien untuk mengingat dan menerapkan Tindakan yang sudah diberikan. SP IV : 1. Evaluasi terhadap kesiapan spiritual pasien memungkinkan intervensi berbasis nilai dan keyakinan pasien yang meningkatkan kenyamanan emosional. 2. Aktivitas spiritual seperti dzikir atau wudhu dapat menurunkan 3. ketegangan dan meningkatkan regulasi emosi melalui pendekatan religius yang menenangkan. Rutinitas aktivitas spiritual

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		Setelah pertemuan kelima, klien mampu : 1. dapat mengontrol marah dengan spiritual 2. Dapat mengontrol marah dengan Farmakologi / obat 3. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. 3. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari.	3. Anjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian. SP V 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan meminum obat secara teratur 3. Identifikasi pengetahuan klien tentang jenis obat dan waktu meminum obat 4. Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian	membantu menciptakan struktur harian yang menenangkan dan memperkuat kontrol diri pasien. SP V 1. Untuk melihat apakah klien dapat mempraktikan secara mandiri atau tidak. 2. Untuk membantu penyembuhan klien 3. untuk mengetahui sejauh mana klien memahami tentang obat nya 4. Agar klien rutin meminum obat.

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Harga Diri Rendah	Klien Mampu: 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 2. Menilai kemampuan yang dapat digunakan. 3. Memilih kemampuan yang sesuai. 4. 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 I 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien a. Mendiskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan klien dirumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat klien. b. Beri pujian yang realistis dan hindarkan penilaian negatif setiap kali. 2. Bantu klien 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.	SP I 1. Mengeksplorasi kemampuan positif yang dimiliki klien. 2. Membantu klien menghargai kemampuan klien. 3. Membantu klien mengembangkan kemampuan yang ada. 4. Untuk mengontrol klien dalam melakukan kegiatannya.

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			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. Aktivitas yang memerlukan bantuan minimal dari perawat atau keluarga. d. Aktivitas apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat klien.	

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			e. Beri contoh cara pelaksanaan aktivitas 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 dilakukan oleh klien. b. Berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai dengan kemampuan yang di perhatikan klien. 5. Membantu Menyusun a. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mencoba kegiatan. b. Memberikan pujian atas aktivitas/ kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari.	

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		Setelah 2x pertemuan 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I) 2. Pilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan. 3. Latih kemampuan yang dipilih. 4. Masukkan dalam jadwal kegiatan klien. 5. Berikan penghargaan atau pujian atas kemajuan klien.	c. Tingkatkan kegiatan sesuai toleransi dan perubahan setiap kegiatan. d. Susun daftar aktifitas yang sudah dilakukan Bersama klien. SP II 1. Memantau perkembangan klien dalam melakukan kegiatan. 2. Latih kemampuan klien yang bisa selain kemampuan yang pertama. 3. Bantu klien mengidentifikasi kemampuan yang dilatih. 4. Untuk mengontrol kegiatan sehari-hari. 5. Penghargaan dan pujian akan memotivasi klien dalam kemajuan yang telah dilakukan serta diri klien	SP II 1. Memberikan semangat untuk menjalankan kegiatan yang lebih baik untuk klien. 2. Dengan pujian dapat meningkatkan harga diri. 3. Memudahkan klien untuk memahami dan klien tidak lupa.

6. Implementasi Keperawatan

Nama : Tn.A

Umur : 45 Tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Klinik : Klinik Nur Illahi Assanie

No.RM : 013001

Dx : Gangguan Afektif Bipolar

Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi

Tanggal & Waktu	Diagnosa	Implementasi	Tanggal & Waktu	Evaluasi	Paraf
Senin, 11 Mei 2026 10.00 - 10.20 WIB	Resiko Perilaku Kekerasan	SP I 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik, menjelaskan tujuan interaksi membuat kontak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu klien. R : Klien mau berjabat tangan dan bersedia untuk mengobrol 2. Mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan R : Klien mengatakan mudah marah saat emosi klien berkata kasar, klien mengatakan penyebab nya karena kakak iparnya yang menyuruh dia untuk meminum obat, klien mengatakan jika	Senin, 11 Mei 2026 13.40 WIB	S: - Klien mengatakan masih merasa kesal dan marah - Klien mengatakan lebih tenang saat setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam pada saat marah dan kesal. - Saat ini klien mengatakan mau latihan dan sudah melakukan mengontrol marah	Ghefira RJM 

Tanggal & Waktu	Diagnosa	Implementasi	Tanggal & Waktu	Evaluasi	Paraf
		marah klien melotot, berbicara dengan nada tinggi, tangan mengepal, klien mengatakan akibat dari perbuatan marahnya klien jadi bertengkar dengan kakak iparnya dan dimasukkan ke rehabilitasi 3. Melatih klien dengan cara fisik 1 : relaksasi tarik nafas dalam. R : Klien dapat mengikuti apa yang dicontohkan. 4. Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian R : Klien mengatakan ingin berlatih teknik nafas dalam 2x sehari di jam 10.00 pagi dan jam 14.00 siang		dengan cara menarik nafas dalam. O: - Klien mampu menyebutkan apa yang dialaminya. - Klien masih beberapa saat berbicara dengan nada yang tinggi - Klien mampu melakukan teknik tarik nafas dalam dengan mandiri - Klien tampak sedikit gelisah - Klien kooperatif - Klien berbicara dengan nada yang keras A: Masalah Resiko Perilaku Kekerasan P:	

Tanggal & Waktu	Diagnosa	Implementasi	Tanggal & Waktu	Evaluasi	Paraf
				- Evaluasi SP 1 dan lanjut SP 2 yaitu mengontrol marah dengan cara pukul bantal atau kasur - Anjurkan klien untuk memasukkan kedalam kegiatan harian - Motivasi klien untuk latihan mengontrol marah dengan teknik relaksasi nafas dalam sesuai jadwal.	
Senin, 11 Mei 2026 14.00-14.20 WIB	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	SP I 1. Membina hubungan saling percaya (Ucapan salam, berkenalan dan mengungkapkan waktu dan tujuan). R: Klien kooperatif mau berkenalan, mau berjabat tangan, mau menjawab salam, mau duduk berhadapan dengan perawat, dan klien bersedia untuk menjawab pertanyaan yang ditanyakan oleh perawat.	Senin, 11 Mei 2026 16.00 WIB	S: - klien mengatakan sering membantu orang tuanya ke pasar saat di rumah, menyapu, mencuci piring dan baju, mengepel - Klien mengatakan masih mampu melakukan kemampuan yang di	Ghefira RJM 

Tanggal & Waktu	Diagnosa	Implementasi	Tanggal & Waktu	Evaluasi	Paraf
		2. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien R: klien mengatakan sering membantu orang tuanya ke pasar saat di rumah, merapihkan tempat tidur, menyapu, mencuci piring dan baju, mengepel, berolahraga 3. Bantu klien menilai kemampuan yang dapat digunakan. R : Klien mengatakan yang bisa dilakukan di yayasan Rehabilitasi yaitu merapihkan tempat tidur. 4. Membantu klien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih. R : Klien memilih aspek positif yang ingin dilatih yaitu merapikan tempat tidurnya. 5. Melatih kemampuan yang dipilih R: Klien mengatakan bersedia untuk merapihkan tempat tidurnya. 6. Membantu Menyusun jadwal kemampuan yang dipilih		milikinya yaitu menjaga kebersihan sekitar - Klien mengatakan yang bisa dilakukan di yayasan Rehabilitasi yaitu merapihkan tempat tidur. - Klien memilih aspek positif yang ingin dilatih yaitu membereskan tempat tidurnya. O: - Klien mampu menyebutkan aspek positif yang dimiliki. - Klien sesekali menunduk - Klien kooperatif dalam berbincang-bincang, mampu menjawab semua pertanyaan.	

Tanggal & Waktu	Diagnosa	Implementasi	Tanggal & Waktu	Evaluasi	Paraf
		R: Klien bersedia untuk dijadwalkan merapihkan tempat tidurnya besok pagi setelah kegiatan senam dan jam 16.00 WIB		- Klien tampak ikut berpartisipasi dalam mengikuti permainan yang diadakan oleh perawat A : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah P: Evaluasi SP I - Melatih kemampuan positif yang sudah dipilih klien sebelumnya. - Membantu Menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih.	

7. Catatan Perkembangan

Nama : Tn.A
 Umur : 45 Tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki

Klinik : Klinik Nur Illahi Assanie
 No.RM : 013001
 Dx : Gangguan Afektif Bipolar

Tabel 3.5 Catatan Perkembangan

Waktu dan Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
Selasa, 12 Mei 2026 14.00 - 14.20 WIB	Resiko Perilaku Kekerasan	S : - Klien mengatakan kondisi perasaannya saat ini merasa sedikit kesal - Klien mengatakan kadang masih suka merasakan kesal dan marah kepada kakak ipar nya. - Klien mengatakan tadi pagi klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam karena merasa kesal - Klien mengatakan masih ingat dengan SP I, yaitu cara mengontrol marah dengan teknik relaksasi nafas dalam - Klien mengatakan mampu melakukan SP II, yaitu cara mengontrol marah dengan pukul bantal atau kasur - Klien mengatakan lebih tenang setelah melakukan kontrol marah dengan memukul bantal atau kasur - Klien mengatakan akan berlatih pukul bantal atau kasur 2x sehari di pukul 10.00 dan 14.00 WIB. O : - Klien mampu mengungkapkan kondisi perasaannya - Klien kooperatif	Ghefira RJM 

Waktu dan Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		- Klien dapat melakukan cara mengontrol marah dengan teknik relaksasi nafas dalam dan memukul bantal atau kasur saat emosi - Berbicara keras sesekali A: Resiko Perilaku Kekerasan SP II P: - Evaluasi SP I , SP II dan lanjut SP III - Evaluasi jadwal kegiatan harian dan perasaan klien - Latih klien mengontrol marah dengan verbal yang baik yaitu meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik - Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian I : - Mengevaluasi SP I, SP II dan lanjut SP III - Mengevaluasi jadwal kegiatan harian dan perasaan klien - Melatih klien mengontrol marah dengan verbal yang baik yaitu meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik - Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian E: SP I dan SP II teratasi R: Lanjutkan SP III	

Waktu dan Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
Selasa, 12 Mei 2026 16.00 – 16.20 WIB	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	S: - Klien mengatakan masih ingat aspek positif kemampuan yang sudah dipilih hari sebelumnya yaitu membereskan tempat tidurnya. - Klien mengatakan bersedia untuk membereskan tempat tidurnya - Klien mengatakan sebelumnya melakukan senam pagi O: - Klien tampak kooperatif - Klien mampu merapihkan tempat tidurnya - Klien tampak berkumpul dengan temannya - Kontak mata ada A: Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah P: - Evaluasi SP I dan lanjut SP II yaitu identifikasi kemampuan positif lain yang dimiliki selain kemampuan yang pertama - Bantu klien memilih aspek positif lain yang akan dipilih - Latih klien melakukan kegiatan sesuai kemampuan klien - Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian I: - Mengevaluasi SP I dan lanjut SP II yaitu identifikasi kemampuan positif lain yang dimiliki selain kemampuan yang pertama - Membantu klien memilih aspek positif lain yang akan dipilih	Ghefira RJM 

Waktu dan Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		- Melatih klien melakukan kegiatan sesuai kemampuan klien - Memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian E: SP I teratasi R : - Lanjut SP II - Evaluasi kegiatan SP I - Melatih kemampuan kedua yang dimiliki oleh klien - Mengajarkan klien memasukan aspek yang dimiliki ke dalam jadwal harian.	
Rabu, 13 Mei 2026 10.00 – 10.20 WIB	Resiko Perilaku Kekerasan	S: - Klien mengatakan perasaan nya hari ini sedang merasa senang, klien mengatakan kegiatannya tadi pagi yaitu mandi sarapan pagi minum obat, senam, menonton tv dan bermain game - Klien mengatakan masih ingat dan bisa melakukan SP I cara mengontrol marah dengan teknik relaksasi nafas dalam dan SP II cara mengontrol marah dengan pukul bantal atau kasur - Klien mengatakan mau melakukan SP III yaitu, cara mengontrol marah dengan verbal yang baik : meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik - Klien mengatakan ingin belajar cara mengontrol marah dengan verbal yang baik sebanyak 2x sehari di jam 10.20 dan 14.20 O: - Klien mampu mengingat SP I dan SP II	Ghefira RJM 

Waktu dan Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		- Klien mampu mengingat tetapi belum bisa mengaplikasikannya kehidupan sehari hari untuk SP III yaitu cara mengontrol marah dengan meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik - Klien mampu mengungkapkan kegiatan hariannya - Kontak mata baik - Klien kooperatif A: Resiko Perilaku Kekerasan SP III P: - Evaluasi kegiatan harian dan perasaan klien - Evaluasi SP I, II dan III - Latih klien mengontrol marah dengan cara spiritual - Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian I: - Mengevaluasi kegiatan harian dan perasaan klien - Mengevaluasi SP I, II dan III - Melatih klien mengontrol marah dengan cara spiritual - Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian E: SP I, II teratasi, SP III teratasi sebagian R:	

Waktu dan Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		Lanjut kelola SP III dan ajarkan SP IV Cara mengontrol marah dengan spiritual	
Rabu, 13 Mei 2026 14.00 – 14.20 WIB	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	S: - Klien mengatakan tadi pagi klien senam dan bermain game - Klien mengatakan bisa dan masih mengingat cara merapihkan tempat tidurnya - Klien mengatakan ingin belajar badminton - Klien mengatakan ingin belajar badminton 1x sehari di jam 08.00 WIB sesudah senam O: - Klien mampu mengungkapkan kegiatan hariannya - Klien mampu mengingat dan melakukan SP I yaitu melakukan aspek positif (Merapihkan tempat tidurnya) meskipun sambil di pantau oleh perawat - Klien sudah mampu merapihkan tempat tidurnya - Klien mampu memilih aspek positif lainnya yaitu belajar badminton - Klien mampu menjadwalkan nya - Kontak mata baik dapat melihat ke lawan bicara ketika sedang berbincang-bincang A: Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah P: - Evaluasi kegiatan dan perasaan klien - Evaluasi SP I - Lanjutkan SP II	Ghefira RJM 

Waktu dan Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		- Latih klien melakukan aspek positif lain yang klien miliki - Anjurkan untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian klien I: - Mengevaluasi kegiatan dan perasaan klien - Mengevaluasi SP I - Melanjutkan SP II - Melatih klien melakukan aspek positif lain yang klien miliki - Menganjurkan untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian klien E: SP I teratasi R: Evaluasi SP II	
Kamis, 14 mei 2026 08.00 – 08.20 WIB	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	S: - Klien mengatakan hari ini merasa senang dan tadi pagi sebelum senam klien merapihkan tempat tidur nya terlebih dahulu - Klien masih ingat cara merapihkan tempat tidur nya - Klien mengatakan setelah senam klien belajar badminton bersama perawat - Klien mengikuti game bersama perawat O: - Klien mampu mengungkapkan perasaannya - Klien mampu memilih kemampuan yang dilatih	Ghefira RJM 

Waktu dan Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		- Klien mampu memilih dan menjadwalkan pelaksanaan kemampuan yang dipilih - Klien sudah mampu membereskan dan merapihkan tempat tidurnya secara mandiri tanpa bantuan lagi - Klien mampu bermain badminton - Klien tampak ikut berpartisipasi mengikuti kegiatan game yang di adakan oleh perawat - Klien kooperatif - Kontak mata ada A: Gangguan Konseep Diri : Harga Diri Rendah P: Pertahankan intervensi SP I dan II I: Mempertahankan intervensi SP I dan II E: SP I dan SP II teratasi	
Kamis, 14 Mei 2026	Resiko Perilaku Kekerasan	S: - Klien mengatakan perasaannya saat ini sedang sedikit kesal tetapi tadi pagi klien sudah melakukan mengontrol marah dengan tarik nafas dalam sebelum klien senam	Ghefira RJM

Waktu dan Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
14.00 – 14.20 WIB		- Klien mengatakan masih ingat dengan SP I yaitu cara mengontrol emosi dengan teknik relaksasi nafas dalam - Klien mengatakan masih ingeat dengan SP II yaitu, cara mengontrol marah dengan pukul bantal atau kasur - Klien mengatakan masih ingat dengan SP III yaitu, cara mengontrol marah dengan verbal yang baik (meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik) - Klien mengatakan mau melakukan cara mengontrol marah dengan mengaji setiap 1 minggu 1x tapi tidak mau kalau melaksanakan sholat - Klien mengatakan hanya ingin belajar mengaji 1x seminggu di hari jum'at mengikuti jadwal di yayasan O: - Klien mampu mengungkapkan perasaannya - Klien masih mengingat dan mampu melakukan SP I, SP II dan SP III - Klien hanya mengaji agar marah nya mereda - Klien mampu membaca surat Al-Fatihah - Klien menolak untuk sholat - Klien kooperatif A: Resiko Perilaku Kekerasan P: - Evaluasi kegiatan harian dan perasaan klien - Evaluasi SP I, SP II	

Waktu dan Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		- Kelola SP III dan SP IV I: - Mengevaluasi kegiatan harian dan perasaan klien - Mengevaluasi SP I, SP II - Mengelola SP III dan SP IV E: SP I, II teratasi lanjut kelola SP III dan SP IV R: - Evaluasi kembali SP III dan SP IV - Latih klien meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik - Latih klien belajar mengaji	
Jum'at, 15 Mei 2026 10.00- 10.20WIB	Resiko Perilaku Kekerasan	S: - Klien mengatakan sedang merasa kesal - Klien mengatakan masih mengingat dan bisa melakukan SP I yaitu cara mengontrol marah dengan teknik relaksasi nafas dalam - Klien mengatakan masih mengingat dan bisa melakukan SP II yaitu cara mengontrol marah dengan pukul bantal atau kasur - Klien mengatakan masih mengingat SP III yaitu , cara mengontrol marah dengan verbal yang baik (meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik) - Klien mengatakan masih tidak mau untuk sholat karena klien merasa orang sakit tidak perlu sholat	Ghefira RJM 

Waktu dan Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		- Klien mengatakan hanya mengaji satu minggu sekali agar klien merasa tenang - Klien meng O: - Klien mampu mengingat SP I yaitu cara mengontrol marah dengan teknik relaksasi nafas dalam - Klien mampu mengingat dan bisa melakukan SP II yaitu cara mengontrol marah dengan pukul bantal atau kasur - Klien mampu mengingat dan mau belajar SP III yaitu , cara mengontrol marah dengan verbal yang baik (meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik) saat emosi - Klien tidak mau untuk sholat karena klien merasa orang sakit tidak perlu sholat - Klien hanya mau mengaji satu minggu sekali agar klien merasa tenang - Klien tampak gelisah - Pandangan sedikit tajam A: Resiko Perilaku Kekerasan P: - Evaluasi dan pertahankan SP I dan SP II - Kelola dan evaluasi SP III dan IV I:	

Waktu dan Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		- Mengevaluasi dan mempertahankan SP I dan SP II - Mengelola dan Mengevaluasi SP III dan IV E: - SP I dan II teratasi - SP III dan IV teratasi sebagian	

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini, penulis membahas tentang masalah yang didapatkan selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.A pasien bipolar dengan resiko perilaku kekerasan yang dirawat di Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang. Pembahasan ini difokuskan pada analisis kesenjangan antara teori keperawatan jiwa yang telah di pelajari dengan kondisi nyata di lapangan, serta menguraikan beberapa faktor yang mendukung maupun menghambat dalam pemberian asuhan keperawatan. Setiap tahapan proses keperawatan dimulai dari pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi yang dikaji secara kritis.

1. Pengkajian

Dalam proses pengkajian penulis menggunakan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi serta komunikasi terapeutik. Hal tersebut sesuai dengan teori bahwa komunikasi terapeutik merupakan dasar dalam membangun hubungan saling percaya antara perawat dan pasien sehingga mempermudah dalam menggali masalah yang dialami klien.

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 09 Mei 2026 pukul 10.00 Penulis melakukan komunikasi terapeutik BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya) dengan pasien dan melakukan pengkajian dengan menggunakan format asuhan keperawatan jiwa. Untuk memperoleh data, baik berupa data subjektif maupun objektif. Data subjektif diperoleh melalui wawancara langsung dengan klien, sementara data objektif dikumpulkan melalui observasi yang telah dilakukan secara langsung oleh penulis. Pada tahap ini, tidak semua masalah keperawatan yang tercantum dalam kajian teoritis ditemukan pada kasus Tn. A. Penentuan diagnosis dilakukan berdasarkan data yang dikumpulkan selama pengkajian. Dalam studi kasus ini, fokus pengkajian diarahkan pada klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan, mencakup keluhan utama, faktor predisposisi, kondisi psikososial serta status mental klien. Berdasarkan hasil pengkajian berupa wawancara, diperoleh informasi terkait alasan masuk klien yaitu :

Klien masuk Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut di jemput oleh pihak Klinik pada tanggal 28 Desember 2021. Di rumah klien mengalami konflik dengan kakak iparnya yang sering memarahinya. Ketegangan meningkat hingga terjadi pertengkaran, yang dipicu oleh kesulitan klien dalam meminum obat. Keluarga sempat meleraikan tapi klien tetap menunjukkan kemarahannya terhadap kakak iparnya. Didapatkan bahwa klien mengalami gangguan dalam mengontrol emosi yang berhubungan dengan perubahan suasana hati. Kondisi tersebut sesuai dengan teori bahwa gangguan afektif bipolar merupakan gangguan mood yang ditandai dengan perubahan suasana hati yang ekstrem antara fase mania dan fase depresi. Pada fase mania individu dapat mengalami peningkatan energi, mudah tersinggung, perilaku impulsif serta kesulitan mengontrol emosi sehingga dapat meningkatkan risiko terjadinya perilaku kekerasan.

2. Faktor Predisposisi

Berdasarkan hasil pengkajian faktor predisposisi pada Tn.A ditemukan adanya riwayat gangguan jiwa yang menjadi salah satu faktor yang berhubungan dengan munculnya masalah Risiko Perilaku Kekerasan. Faktor predisposisi merupakan faktor yang sudah ada sebelumnya dan dapat mempengaruhi munculnya gangguan perilaku seseorang.

Menurut teori, faktor predisposisi risiko perilaku kekerasan dapat berasal dari faktor biologis, psikologis, dan sosial budaya. Faktor biologis berhubungan dengan adanya gangguan pada sistem neurotransmitter dan bagian otak yang berperan dalam pengendalian emosi. Faktor psikologis dapat berupa ketidakmampuan mengatasi stres, pengalaman traumatis, serta gangguan konsep diri. Sedangkan faktor sosial budaya meliputi pola asuh keluarga, hubungan interpersonal, dan lingkungan sosial. Pada kasus Tn.A terdapat kesesuaian antara teori dan kasus karena riwayat gangguan jiwa sebelumnya, ketidakpatuhan dalam mengonsumsi obat, serta kurangnya dukungan keluarga selama proses pengobatan. Faktor-faktor tersebut menyebabkan kekambuhan berulang sehingga pasien kembali mengalami perubahan suasana hati yang ekstrem dan peningkatan perilaku agresif.

3. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik pada Tn. A menunjukkan bahwa tanda-tanda vital pasien berada dalam batas normal dan tidak ditemukan kelainan fisik yang bermakna. Namun selama observasi pasien tampak gelisah, mondar-mandir, berbicara cepat, ekspresi wajah tegang, serta aktivitas motorik meningkat.

Keadaan tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa pada episode mania pasien sering menunjukkan peningkatan aktivitas psikomotor, sulit diam, berbicara cepat, dan tampak sangat berenergi. Pemeriksaan fisik dalam keperawatan jiwa bertujuan untuk menyingkirkan kemungkinan gangguan fisik maupun efek samping obat yang dapat memperberat kondisi psikologis pasien. Pada Tn.A pemeriksaan fisik dilakukan sebagai bagian dari pengkajian menyeluruh. Dari hasil pengkajian ditemukan bahwa kondisi fisik klien perlu tetap dipantau karena gangguan bipolar merupakan gangguan kronis yang membutuhkan pengobatan dan pemantauan secara berkelanjutan

4. Status Mental

Berdasarkan hasil pengkajian status mental pada Tn.A dilakukan penilaian terhadap penampilan, pembicaraan, aktivitas motorik, alam perasaan, afek, interaksi selama wawancara, persepsi, proses pikir, isi pikir, memori, konsentrasi, kemampuan penilaian dan daya tilik diri.

Pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan, status mental dapat menunjukkan adanya perubahan emosi, mudah tersinggung, afek labil, serta kesulitan mengontrol respon terhadap stimulus yang menyebabkan kemarahan. Pada kasus Tn.A terdapat kesesuaian dengan teori karena gangguan afektif bipolar menyebabkan perubahan mood yang berpengaruh terhadap pengendalian emosi. Oleh karena itu, pengkajian status mental sangat penting untuk mengetahui tingkat risiko dan menentukan intervensi yang tepat.

5. Analisa Data

Analisa data merupakan proses menghubungkan data hasil pengkajian dengan teori untuk menentukan masalah keperawatan yang dialami klien.

Berdasarkan hasil analisa data pada Tn.A ditemukan adanya data yang mendukung masalah Risiko Perilaku Kekerasan yaitu adanya gangguan kontrol emosi akibat perubahan mood pada Gangguan Afektif Bipolar. Data tersebut sesuai dengan teori bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan kondisi dimana individu berisiko melakukan tindakan agresif yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.

6. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Tn.A dengan gangguan Afektif Bipolar kemungkinan ada 2 diagnosa yang muncul, diantaranya:

1. Resiko Perilaku Kekerasan
2. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

Jadi dalam diagnosa keperawatan tidak ada kesenjangan dikarenakan adanya kesesuaian teori dan kenyataan di lapangan. Dari hasil pengkajian dan juga analisa data yang penulis lakukan didapatkan 2 diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.A yaitu Resiko Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah, diagnosa ini muncul karena data yang didapatkan dari klien mengarah pada diagnosa tersebut.

Data yang di dapat untuk diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan muncul berupa data subjektif klien mengatakan alasan dibawa ke yayasan karena klien marah dan bertengkar dengan kakak iparnya, klien juga mengatakan pernah bertengkar dengan adiknya dan berbicara kasar, klien mengatakan pernah mengancam petugas yayasan dan bertengkar dengan teman yayasannya. Diagnosis keperawatan ini dapat diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh (Fisabilih, 2024a) yang menunjukkan bahwa pasien bipolar dapat menyebabkan Resiko Perilaku Kekerasan dikarenakan ada perubahan fungsional dan struktural otak yang mengganggu mekanisme emosi. Penulis menilai bahwa klien menunjukkan gejala emosional dan perilaku yang tidak terkontrol yang menjadi indikator utama penulis menegaskan diagnosa resiko perilaku kekerasan.

Adapun data yang didapat untuk diagnose Harga Diri Rendah didapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan merasa malu karena belum bisa membantu saudara-saudara dan keluarganya, klien mengatakan merasa malu karena belum memiliki pasangan dan belum menikah, klien juga mengatakan malu karena faktor ekonomi di lingkungan pertemanan nya di yayasan dan merasa malu karena tidak mempunyai pekerjaan. Untuk data objektif yang ditemukan penulis yaitu klien tampak menunduk sesekali, sering termenung dan melamun. Penegakkan diagnosis ini di dukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Fisabilih, 2024b) yang menunjukkan bahwa ketika penderita bipolar sedang dalam episode depresi maka penderita akan merasakan perasaan yang sangat sedih, tidak bergairah dalam beraktivitas, pesimis, putus asa, kehilangan minat atau kesenangan aktivitas yang biasanya. Dengan demikian, pengalaman psikososial yang dialami klien seperti penolakkan dan ketidakberdayaan sosial membuat lebih parah ketidakstabilan harga diri yang memang sudah menjadi karakteristik umum pada pasien bipolar.

7. Perencanaan

Pada tahap ini penulis menyusun berdasarkan tinjauan teoritis yaitu melakukan SP atau Strategi Pelaksanaan. Terdapat 5 SP dalam diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan dan 2 SP dalam diagnosa Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.

Intervensi keperawatan yang diberikan kepada Tn.A bertujuan agar klien mampu mengontrol emosi dan mencegah terjadinya perilaku kekerasan, terdapat 5 SP yaitu :

1. 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)
2. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik ke-2 (pukul kasur atau bantal)
3. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal
4. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual
5. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan obat

Sedangkan pada Harga Diri Rendah terdapat 2 SP, yaitu:

1. SP I

- a) Membina hubungan saling percaya
- b) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien
- c) Membantu klien menilai kemampuan yang dapat digunakan
- d) Membantu klien memilih atau menetapkan kemampuan yang akan dilatih
- e) Melatih kemampuan yang dipilih klien
- f) Membantu klien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih

2. SP II

- a) Memilih kemampuan kedua yang dapat dilatih
- b) Latih kemampuan yang dipilih
- c) Masukkan ke jadwal kegiatan klien
- d) Berikan penghargaan atau pujian atas kemajuan klien

Pelaksanaan perencanaan ini dapat terlaksana dengan baik karena di dukung oleh beberapa faktor, antara lain tersedianya sumber literatur yang relevan, sikap kooperatif dari klien, serta dukungan dari perawat di yayasan yang memberikan kemudahan serta berbagai masukan. Penyusunan rencana disusun secara komperhensif dan mengacu pada standar asuhan keperawatan, yang mencakup penetapan tujuan, kriteria hasil yang diharapkan, serta intervensi disertai dengan rasional yang sesuai.

8. Implementasi

Pada tahap ini, penulis melaksanakan tindakan sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan dan disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai dengan keadaan klien saat ini. Sesuai dengan teori, pada saat akan melaksanakan tindakan perawatan membuat kontrak/janji terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang di kerjakan dan peran serta yang diharapkan klien.

Kemudiandokumentasi semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon, namun tindakan menggunakan tujuan umum dan khusus, di implementasikan menggunakan strategi pelaksanaan sesuai kriteria keperawatan.

Pada tanggal 11 Mei 2026 pukul 10.00 WIB perawat melakukan SP I yang isinya mencakup: Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab perasaan marah, mengidentifikasi tanda dan gejala yang dirasakan, mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat serta cara mengontrol latihan fisik ke-1 (tarik nafas dalam) serta memasukkan ke dalam jadwal kegiatan klien. Sedangkan untuk diagnosa Harga Diri Rendah pukul 14.00 WIB perawat melakukan SP I yang isi nya 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 klien, melatih kemampuan yang dimiliki klien, dan membantu klien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih serta memasukkan ke dalam jadwal kegiatan klien.

Pada tanggal 12 Mei 2026 pukul 14.00 WIB, implementasi diawali dengan mengevaluasi latihan hari sebelumnya. Pasien mengatakan telah mencoba melakukan teknik napas dalam ketika mulai merasa kesal dan merasakan dirinya lebih tenang dibandingkan sebelumnya. Selanjutnya dilakukan SP 2 Risiko Perilaku Kekerasan, yaitu memberikan pendidikan kesehatan mengenai pentingnya kepatuhan minum obat. Penulis menjelaskan manfaat obat, dosis, waktu pemberian, serta akibat apabila pasien menghentikan obat tanpa anjuran tenaga kesehatan. Setelah diberikan edukasi, pasien mampu mengulang kembali informasi yang telah dijelaskan dan menyatakan bersedia meminum obat secara teratur. Pada diagnosis Harga Diri Rendah pukul 16.00 WIB, penulis melanjutkan intervensi dengan membantu pasien memilih kemampuan positif yang dapat dikembangkan. Pasien memilih kegiatan menyapu halaman yayasan karena merasa mampu melakukannya. Selama kegiatan berlangsung pasien tampak lebih antusias dan mampu menyelesaikan aktivitas dengan arahan minimal dari perawat. Hal tersebut menunjukkan mulai adanya peningkatan rasa percaya diri pada pasien.

Pada tanggal 13 Mei 2026 pukul 10.00 WIB, implementasi pada diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan difokuskan pada SP 3, yaitu melatih pasien mengontrol kemarahan melalui komunikasi verbal yang baik dan asertif. Pasien diajarkan mengungkapkan perasaan marah secara baik tanpa membentak, mengancam, maupun melakukan tindakan agresif. Penulis juga melakukan role play agar pasien mampu mempraktikkan komunikasi yang tepat ketika menghadapi situasi yang memicu kemarahan. Pada diagnosis Harga Diri Rendah pukul 14.00 WIB, pasien diberikan kesempatan untuk melakukan aktivitas sesuai kemampuan yang telah dipilih pada hari sebelumnya. Selama melakukan kegiatan menyapu halaman, pasien tampak lebih mandiri dan mampu menyelesaikan tugas hingga selesai. Setelah aktivitas selesai, penulis memberikan pujian sebagai bentuk penguatan positif sehingga pasien tampak senang dan mulai menunjukkan rasa bangga terhadap hasil pekerjaannya.

Pada tanggal 14 Mei 2026 pukul 08.00 WIB, implementasi pada diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan dilanjutkan dengan SP 4, yaitu mengajarkan pasien mengendalikan emosi melalui pendekatan spiritual. Penulis menganjurkan pasien berdoa, berdzikir, dan meningkatkan ibadah sesuai keyakinannya ketika mulai merasa marah atau gelisah. Pasien tampak mengikuti arahan dengan baik dan mengatakan merasa lebih tenang setelah berdoa. Sementara itu, pada diagnosis Harga Diri Rendah Pukul 14.00 WIB, penulis membantu pasien menyusun jadwal kegiatan harian berdasarkan kemampuan yang dimiliki. Pasien kemudian melakukan aktivitas membersihkan lingkungan yayasan secara mandiri. Setelah menyelesaikan kegiatan, pasien mengatakan dirinya merasa lebih berguna dibandingkan sebelumnya. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan konsep diri dan kepercayaan diri pasien.

Pada tanggal 15 Mei 2026 pukul 10.00 WIB, penulis melakukan evaluasi terhadap seluruh implementasi yang telah diberikan selama lima hari. Pada diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan, pasien mampu mendemonstrasikan kembali seluruh teknik pengendalian kemarahan yang telah dipelajari, meliputi mengenali tanda-tanda marah, melakukan latihan napas dalam, memukul bantal, meminum obat secara teratur, berkomunikasi secara asertif, serta

melakukan pendekatan spiritual ketika mulai merasa emosi. Pada diagnosis Harga Diri Rendah, pasien mampu menyebutkan kemampuan positif yang dimiliki, melakukan aktivitas sesuai kemampuannya secara mandiri, serta menunjukkan peningkatan rasa percaya diri selama berinteraksi dengan perawat maupun pasien lain. Pasien tampak lebih aktif berkomunikasi, kontak mata mulai baik, dan bersedia mengikuti seluruh program rehabilitasi.

Tindakan keperawatan dilakukan mengacu pada teori, yaitu melalui Strategi Pelaksanaan (SP). Dalam proses SP, dilakukan upaya membangun hubungan saling percaya (BHSP) antara perawat dengan klien dengan menerapkan prinsip komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik sendiri merupakan suatu bentuk seni dalam penyembuhan, yang berfokus pada pemulihan individu yang sedang mengalami gangguan kesehatan atau memerlukan pelayanan keperawatan, melalui interaksi interpersonal. Interaksi ini melibatkan dua pihak atau lebih yang memiliki tujuan bersama dalam proses penyembuhan.

9. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dapat dilihat dari hasil tindakan dengan tujuan atau kriteria evaluasi, apakah masalah dapat diatasi atau belum, dalam kenyataannya masalah yang dapat dihadapi klien semua teratasi. Evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari adalah klien mampu membina hubungan saling percaya menunjukkan ekspresi yang bersahabat, kemampuan klien mengidentifikasi dan mengendalikan perilaku kekerasan hingga peningkatan *self-esteem* (*harga diri*) melalui pelatihan aspek positif diri dengan membandingkan data observasi, laporan klien kontak mata klien baik saat diajak berbicara

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dalam proses keperawatan, dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan berdasarkan data subjektif dan objektif pasien. Tujuan evaluasi adalah untuk mengevaluasi seberapa baik tujuan keperawatan telah dicapai, untuk menentukan apakah rencana keperawatan harus dipertahankan, diubah, atau dihentikan. Proses ini dilakukan secara terus-menerus guna mengetahui apakah terjadi perubahan positif atau

tidak dalam respon klien, dengan menggunakan pendekatan SOAP (Purwandari et al., 2022).

10. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi Keperawatan merupakan proses pencatatan yang sistematis, menyeluruh, akurat, dan berkesinambungan tentang seluruh tahapan proses keperawatan, mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dokumentasi keperawatan berfungsi sebagai alat untuk komunikasi antar tenaga kesehatan, menunjukkan tanggung jawab dan akuntabilitas profesional perawat, memungkinkan evaluasi kualitas pelayanan, dan memberikan bukti hukum tentang pelaksanaan asuhan keperawatan. (Dasit et al., 2022).

Dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, penulis menghadapi sejumlah tantangan. Namun, dengan dukungan teori dari berbagai referensi serta arahan dari CI klinik dan juga dari dosen pembimbing, penulis berhasil menyusun dokumentasi asuhan keperawatan jiwa secara sistematis, mencakup tahap pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan kepada Tn.A dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut mulai dari tanggal 08 mei s/d 15 mei 2026 dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penulis dapat mengambil beberapa Kesimpulan sebagai berikut:

- A. Penulis mampu melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komperhensif pada Tn.A dengan Resiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang,
- B. Penulis mampu merumuskan diagnose keperawatan yang muncul pada Tn.A dengan Resiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar,
- C. Penulis dapat Menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah-masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada Tn,A dengan Resiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang,
- D. Penulis dapat melaksanakan tindakan asuhan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan pada Tn.A dengan Resiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang,
- E. Penulis dapat melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn.A dengan Resiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang,

- F. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Resiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang.

B. Saran

1. Untuk Intitusi Institut Kesehatan Karsa Husada Garut sebagai bahan tambahan bahan bacaan yang dapat dijadikan sebagai acuan atau referensi dalam pembelajaran di perkuliahan dan institusi dan sebagai bahan masukan pengembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya klien dengan Gangguan Resiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar sebagai pertimbangan dan data referensi.
2. Untuk Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut, sebagai bahan masukan, acuan dan pertimbangan bagi profesi keperawatan dalam meningkatkan pelayanan Kesehatan dan memberikan informasi bagi Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
3. Untuk klien dan keluarga klien, hendaknya keluarga klien selalu memberikan dukungan dan dorongan kepada klien secara rutin, sehingga hubungan keluarga dan klien tetap terjaga dan klien merasa mendapatkan perhatian yang pada akhirnya dapat membantu dalam proses penyembuhan klien.
4. Untuk mahasiswa diharapkan lebih bersungguh-sungguh dan cermat dalam 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

- Abdullah, A., Adamy, A., Program, M., Magister, S., Masyarakat, K., Universitas, P., Aceh, M., Studi, P., Kesehatan, M., Universitas, P., Aceh, M., & Aceh, B. (2018). *Analisis Hubungan Disabilitas Dengan Gangguan Mental Emosional (GME) di Provinsi Aceh (Riskesdas Tahun 2013). Analisis Hubungan Disabilitas Dengan Gangguan Mental Emosional (GME) Di Provinsi Aceh (Riskesdas Tahun 2013)*, 6(2), 54–63.
- Aju, I. D. A., Wardani, K., & Tiastiningsih, N. I. N. (2023). *J h p p*. 177–183.
- Anisa, D. L., Budi, A. S., & Suyanta, S. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa: Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. Jendela Nursing Journal*, 5(2), 106–110. <https://doi.org/10.31983/jnj.v5i2.7578>
- Atsila Shofa, D., Baiq Annisa Ulfi Anggraeni, Aisya Nur Abida, Najla Firyal Husna, Komang Puspa Dewi, Alifa Aswandani, Muhammad Rezky Audia Aunurrahman, & Azizatul Adni. (2024). *Bipolar Disorder in Adolescents: Clinical Manifestations, Causes, and Comprehensive Management Strategies. Jurnal Biologi Tropis*, 24(1b), 210–219. <https://doi.org/10.29303/jbt.v24i1b.7973>
- Danang Yonas Junianda, Indhit Tri Utami, U. H. (2025). *Implementation of Drawing Therapy on Patients With Low Self-Esteem. Jurnal Cendikia Muda*, 5(2), 170–178.
- Daulay, W., Wahyuni, S. E., & Nasution, M. L. (2021). *Kualitas Hidup Orang dengan Gangguan Jiwa: Systematic Review. Jurnal Keperawatan Jiwa*, 9(1), 187. <https://doi.org/10.26714/jkj.9.1.2021.187-196>
- Diva Nur Fadhila, & Dewi Rahmawati. (2025). *Analisis Efektivitas Penggunaan Antidepresan Terhadap Kualitas Hidup Pasien Depresi Di Klinik Kejiwaan X Balikpapan. Jurnal Ilmiah Manuntung: Sains Farmasi Dan Kesehatan*, 11(2), 123–131. <https://doi.org/10.51352/jim.v11i2.946>
- Fazriyani, G. Y., & Mubin, M. F. (2021). *Peningkatan harga diri pada pasien gangguan konsep diri : harga diri rendah dengan menggunakan terapi latihan kemampuan positif. Ners Muda*, 2(3), 159. <https://doi.org/10.26714/nm.v2i3.6229>
- Fisabilih, U. (2024a). *Analisis gejala gangguan afektif bipolar tipe II berdasarkan DSM V. Jurnal Riset Kesehatan Modern*, 6(3), 205–212. <https://journal.literasisains.id/index.php/abdikan/article/view/3085/1487>
- Fisabilih, U. (2024b). *Analisis Gejala Gangguan Afektif Bipolar Tipe II Berdasarkan DSM V. Jurnal Riset Kesehatan Modern*, 6(3), 205–212.
- giulia Cattarinussi, D. (2024). *Resting-state functional magnetic resonance imaging alterations in first-degree relatives of individuals with bipolar disorder: A systematic review*. 10.1016/j.jad.2024.08.040

- Hasanah, N., & Piola, W. S. (2023). *Analysis Of Nursing Care In Chronic Low Self-Esteem Patients With Positive Affirmation. Berkala Ilmiah Mahasiswa Ilmu Keperawatan*, 10(1), 32–39.
- Kadir, N. U., Wijaya, F., & Sanusi, M. (2023). *Jenis Gangguan Psikotik Berdasarkan PPDGJ III. Journal of Social Science Research*, 3(4), 9140–9150.
- Maharani, A. oktavika, & Pratiwi, A. (2024). *Terapi Elektro Konvulsif Dan Dampak Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Utama Halusianasi. Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(4), 12584–12592. <https://doi.org/10.31004/jkt.v5i4.37542>
- Merry pongdatu, dkk. (2023). *Asuhan KEPERAWATAN JIWA*. https://www.google.co.id/books/edition/Asuhan_Keperawatan_Jiwa/1Y6aEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=rentang+respon+bipolar&pg=PA105&printsec=frontcover
- Nandinanti, I., Yaunin, Y., & Nurhajjah, S. (2015). *Efek Electro Convulsive Therapy (ECT) terhadap Daya Ingat Pasien Skizofrenia di RSJ Prof. HB. Sa'anin Padang. Jurnal Kesehatan Andalas*, 4. <https://doi.org/10.25077/jka.v4i3.381>
- Ngurah, I. G., Astawa, P., & Trisnowati, R. (2023). *J h p p*. 184–191.
- Ns. Ade Sucipto, M.Tr.Kep, D. (2025). *Keperawatan Jiwa Dasar*. https://kms.kemkes.go.id/contents/1758610968195-BukuKeperawatanJiwaDasar.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J, dkk. (2024). *Buku Ajar Keperawatan JIWA*. https://www.google.co.id/books/edition/BUKU_AJAR_KEPERAWATAN_JIWA/Ln6KEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=tanda+dan+gejala+resiko+perilaku+kekerasan&pg=PA31&printsec=frontcover
- Ns. Yosef Andrian Beo, M.Kep, D. (2025). *Buku Ajar KEPERAWATAN PSIKIATRIK*. https://www.google.co.id/books/edition/BUKU_AJAR_KEPERAWATAN_PSIKIATRIK/iv6fEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=penatalaksanaan+resiko+perilaku+kekerasan&pg=PA96&printsec=frontcover
- Ns Hendro Wahyudin, S.Kep., M. P. D. (2023). *BUKU AJAR KEPERAWATAN JIWA*. https://www.google.co.id/books/edition/BUKU_AJAR_KEPERAWATAN_JIWA/XHfXEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=etiologi+harga+diri+rendah&pg=PA137&printsec=frontcover
- Organization, W. H. (2022). *Mental Health. World Health Organization*. <https://www.who.int/health-topics/mental-health>
- Pengabdian, J., & Negri, D. (2023). *Tersedia:* <https://journal.aripafi.or.id/index.php/ARDHI>.

- Ramadia arya, N. (2023). *Buku Ajar Jiwa S1 Keperawatan*. https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Jiwa_S1_Keperawatan/9QDDEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=etiologi+harga+diri+rendah&pg=PA2&printsec=frontcover
- Ramaita, Nova, K. I., Sinthania, D., & Miswarti. (2023). *Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Tn. N dengan Resiko Perilaku Kekerasan*. *Jurnal Keperawatan Medika*, vol.1(2), 86–98.
- Rasa, S. (2023). *Bipolar Disorder: Pemahaman, Penanganan, dan Kehidupan Berkualitas*. https://books.google.co.id/books?id=hrvMEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbp_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Rini, P. S., Romadoni, S., & Dekawaty, A. (2020). *Plant Therapy Untuk Meningkatkan Harga Diri Rendah Pada Klien Harga Diri Rendah Di Panti Rehabilitasi Pengemis, Gelandangan Dan Orang Terlantar (Pr-Pgot)*. *Khidmah*, 2(1), 39–46. <https://doi.org/10.52523/khidmah.v2i1.300>
- Sanusih. H, S. P. S. K. N. M. K. (2025). *Buku ajar Keperawatan JIWA 1*. https://books.google.co.id/books?id=0I3iEQAAQBAJ&newbks=0&printsec=frontcover&pg=PA184&dq=jenis+jenis+harga+diri+rendah+keperawatan+j+jiwa&hl=id&source=newbks_fb&redir_esc=y#v=onepage&q=jenis+jenis+harga+diri+rendah+keperawatan+j+jiwa&f=false
- Sari, I. L., Apriliyani, I., & Dewi, F. K. (2023). *3492 (1)*. 2(5), 1979–1986.
- Singh, B., Swartz, H. A., Cuellar-barboza, A. B., Schaffer, A., Kato, T., Dols, A., Sperry, S. H., Vassilev, A. B., Burdick, K. E., & Frye, M. A. (2025). *Bipolar disorder*. 963–978.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 *Tentang Kesehatan Jiwa (2014)*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38646/uu-no-18-tahun-2014>
- Wardiyah, A., Pribadi, T., & Yanti Tumanggor, C. S. M. (2022). *Terapi Relaksasi Napas dalam pada Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Rs Jiwa Bandar Lampung*. *JURNAL KREATIVITAS PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT (PKM)*, 5(10), 3611–3626. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v5i10.7322>
- Wenny Permata Bunga, N. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa Klien dengan Harga Diri rendah, Resiko Bunuh Diri dan Defisit Perawatan diri*. https://www.google.co.id/books/edition/Asuhan_Keperawatan_Jiwa_Klien_Dengan_Har/o0-EAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=rentang+respon+harga+diri+rendah&pg=PA7&printsec=frontcover
- Yusuf. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Ah.Yusuf Rizky Fitryasari PK Hanik Endang Nihayati*. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 1–366.

LAMPIRAN

Lampiran I

Lampiran 1 STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK)

PADA KLIEN DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

Hari ke-1 Tanggal 11 Mei 2026

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

1) Resiko Perilaku Kekerasan d.d :

Ds :

- Klien mengatakan masih sering merasa kesal dan marah kepada kakak iparnya
- Klien mengatakan pernah bertengkar dengan kakak ipar dan adiknya, memukul dan berbicara kasar.
- Klien mengatakan pernah mengancam petugas Yayasan
- Klien mengatakan pernah bertengkar dengan teman di Yayasan.

DO :

- Klien tampak aktif bercerita dan selalu menceritakan kekesalannya kepada kakak iparnya.
- Tampak kesal
- Nada bicara meningkat saat emosi
- Mata melotot
- Gelisah

2) Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah d.d:

DS :

- Klien mengatakan merasa belum bisa membantu saudara-saudara dan keluarganya.
- Klien mengatakan malu karena belum bekerja dan belum mendapatkan hasil gaji yang sesuai.

- Klien mengatakan merasa malu dan terlambat karena belum menikah.
- Klien mengatakan merasa tidak berguna.
- Klien mengatakan malu tentang ekonomi dengan sesama teman yayasannya.

DO :

- Tampak sesekali menunduk
- Tampak lesu dan tidak bergairah
- Postur tubuh kadang membungkuk

b. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko Perilaku Kekerasan
2. Harga Diri Rendah

c. Tujuan Keperawatan

Resiko Perilaku 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 dilakukan.
4. Klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
5. Klien dapat menyebutkan cara mencegah atau mengontrol perilaku kekerasannya.
6. Klien dapat mencegah atau mengobrol perilaku kekerasannya secara fisik ke-1.

Harga Diri Rendah

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

d. Tindakan Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

1. Bina hubungan saling percaya
 - a) Mengucap salam terapeutik
 - b) Berjabat tangan
 - c) Menjelaskan tujuan
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
6. Diskusikan dengan klien cara mengontrol marah dengan :
 - a) Dengan cara tarik nafas dalam
 - b) Dengan cara pukul bantal atau kasur
 - c) Dengan cara verbal yang baik
 - d) Dengan cara Spiritual
 - e) Dengan cara meminum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar (benar pasien, benar obat, benar cara, benar dosis, dan benar waktu)

Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

- 1) Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
 - a) Nilai kemampuan yang dapat digunakan
 - b) Bantu klien memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan
 - c) Latih kemampuan yang telah dipilih
 - d) Masukkan ke dalam jadwal kegiatan
- 2) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
 - a) Melatih kemampuan kedua
 - b) Menganjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

SP I (Senin, 11 Mei 2026)

10.00

1. Fase Orientasi

“Assalamualaikum bapak, perkenalkan nama saya G, senang di panggil E, saya perawat yang dinas pagi dari pukul 08.00-14.00 di Yayasan ini.

Selama 1 minggu kedepan saya yang akan merawat bapa ya pak. Nama bapak siapa? Senangnya dipanggil siapa?”

”Bagaimana perasaan bapak saat ini? Apakah masih ada perasaan kesal atau marah?”

”Baiklah bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang perasaan marah bapak?”

”Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?”

”Dimana enakny kita duduk untuk berbincang-bincang, pak? Bagaimana kalau di ruang tamu?”

2. Fase Kerja

”Apa yang menyebabkan bapak marah? Apakah sebelumnya bapak pernah marah? Terus, penyebabnya apa? Apa penyebabnya sama dengan yang sekarang? Oo.. iya, jadi ada 2 penyebab bapak marah”

”Pada saat penyebab marah itu ada, seperti saat bapak tidak mau meminum obat dan kakak ipar bapak menegur untuk selalu meminum obat, apa yang bapak rasakan?”

”Apakah bapak merasa kesal kemudian dada bapak berdebar-debar, mata melotot, rahang terkatup rapat dan tangan mengepal?”

”Setelah itu apa yang bapak lakukan? Oo.. iya, jadi bapak memukul kakak ipar bapak dan berkata kasar kepada dia. Apa kerugian dari cara yang bapak lakukan?, betul.. bapak dan kakak ipar jadi bertengkar hebat dan

kesakitan. Menurut bapak adakah cara lain yang lebih baik? Maukah bapak belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?”

”Ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan, pak. Salah satunya dengan cara fisik. Jadi melalui kegiatan fisik disalurkan rasa marah”

”Ada beberapa cara, bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu?”

”Begini pak, kalau tanda-tanda marah tadi sudah bapak rasakan maka bapak berdiri, lalu tarik nafas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo coba lagi, tarik dari hidung, bagus..., tahan, dan tiup melalui mulut. Nah coba lakukan sebanyak 5 kali. Bagus sekali, bapak sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaannya?”

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

3. Fase Terminasi

”Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang kemarahan bapak?”

”Iya jadi ada 2 penyebab bapak marah ya, karena kakak ipar bapak yang membawa bapak ke RSJ dan kakak ipar bapak juga yang selalu menegur bapak untuk meminum obat, dan yang bapak rasakan kesal dan marah lalu bapak memukul dan berkata kasar kepada kakak ipar bapak serta akibatnya bapak dan kakak ipar bapak menjadi bertengkar hebat dan menyakiti.”

”Coba selama saya tidak ada, ingat-ingat lagi penyebab marah bapak yang lalu, apa yang bapak lakukan kalau lagi marah yang belum kita bahas dan jangan lupa latihan napas dalamnya ya pak”

”Sekarang kita buat jadwal latihannya pak, berapa kali sehari bapak mau latihan napas dalam? Jam berapa saja pak?”

”Baik, bagaimana kalau besok pagi kita belajar cara mengontrol marah dengan cara yang kedua? Dan bagaimana kalau 3 jam lagi saya datang dan

kita akan berbincang-bincang tentang kemampuan yang pernah bapak lakukan? Tempatnya disini saja ya pak.”

”Wassalamualaikum”

Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

SPI (Senin, 11 Mei 2026)

14.00 WIB

1. Fase Orientasi

”Assalamualaikum pak, sesuai janji saya 3 jam yang lalu sekarang saya datang lagi”

”Bagaimana perasaan bapak saat ini? Masih ingat dengan saya pak?”

”Seperti yang sudah saya beritahu tadi, bagaimana kalau sekarang kita berbincang - bincang tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah bapak lakukan? Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat bapak lakukan di yayasan ini. Setelah kita nilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih”

”Mau berapa lama kita berbicara? Bagaimana kalau 15 menit? Mau dimana pak? Baik disini saja ya.”

2. Fase Kerja

Bapak, apa saja kemampuan yang bapak miliki? Bagus, apa lagi? Saya buat daftarnya ya. Apa pula kegiatan rumah tangga yang biasa bapak lakukan? Bagaimana dengan merapihkan kamar? Menyapu? Mencuci piring?mencuci baju? Olahraga?”

”Wah, bagus sekali ada enam kemampuan dan kegiatan yang bapak miliki.”

”bapak, dari enam kegiatan/kemampuan ini, yang mana yang masih dapat dikerjakan di rumah sakit? Coba kita lihat, yang pertama bisa kah? Yang kedua? Yang ketiga? Yang keempat? Yang kelima? Yang ke enam? Bagus sekali ada ada 5 kegiatan yang masih bisa dikerjakan di yayasan ini.”

”Sekarang, coba bapak pilih satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan di yayasan ini”

”Oo.. yang nomor satu, merapihkan tempat tidur? Kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita latihan merapihkan tempat tidur bapak?”

”Mari lihat tempat tidur bapak. Coba lihat, sudah rapih kah tempat tidurnya?”

” Nah kalau kita mau merapihkan tempat tidur, mari kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya. Bagus! Sekarang kita angkat spreinya, dan kasurnya. ”

”Nah, sekarang kita pasang lagi spreinya, kita mulai dari arah atas, ya bagus!. Sekarang sebelah kaki, tarik dan masukkan, lalu sebelah pinggir masukkan. Sekarang ambil bantal, rapihkan, dan letakkan di sebelah atas/kepala. Mari kita lipat selimut, nah letakkan sebelah bawah/kaki. Bagus !”

” Bapak sudah bisa merapihkan tempat tidur dengan baik sekali. Coba perhatikan bedakah dengan sebelum dirapikan? Bagus ”

“ Coba bapak lakukan dan jangan lupa memberi tanda MMM (mandiri) kalau bapak lakukan tanpa disuruh, tulis B (bantuan) jika diingatkan bisa melakukan, dan T (tidak) melakukan.

3. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap dan latihan merapihkan tempat tidur ? Ya, bapak ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan di yayasan ini. Salah satunya, merapihkan tempat tidur, yang sudah bapak praktekan dengan baik sekali. Nah kemampuan ini dapat dilakukan juga di rumah setelah pulang.”

”Sekarang, mari kita masukkan pada jadwal harian. Bapak mau berapa kali sehari merapihkan tempat tidur. Bagus, dua kali yaitu pagi-pagi jam berapa ? Lalu sehabis istirahat, jam 16.00”

”Besok pagi kita latihan lagi kemampuan yang kedua. Bapak masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di yayasan selain merapihkan tempat tidur? Ya bagus, berolahraga badminton.. kalau begitu kita akan

latihan badminton hari rabu jam 8 pagi di halaman belakang sehabis senam pagi, Sampai jumpa ya”

Resiko Perilaku Kekerasan

SP II (Selasa, 12 Mei 2026)

14.00

1. Fase Orientasi

Assalamualaikum bapak, sesuai dengan janji saya kemarin sekarang saya datang lagi”

”Bagaimana perasaan bapak saat ini? Adakah hal yang membuat bapak marah?”

” Baik, sekarang kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk cara yang kedua”

”Mau berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit? Dimana kita bicara?Bagaimana kalau di ruang tamu?”

2. Fase Kerja

“Kalau ada yang menyebabkan bapak marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar, mata melotot, selain napas dalam bapak dapat melakukan pukul kasur dan bantal”.

“Sekarang mari kita latihan memukul kasur dan bantal. Mana kamar bapak? Jadi kalau nanti bapak kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Nah, coba bapak lakukan, pukul kasur dan bantal. Ya, bagus sekali bapak melakukannya”.

“Kekesalan lampiaskan ke kasur atau bantal.”

“Nah cara inipun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Kemudian jangan lupa merapikan tempat tidurnya”

3. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah latihan cara menyalurkan marah tadi dan kemarin?”

“Ada berapa cara yang sudah kita latih, coba bapak sebutkan lagi?Bagus!”

“Mari kita masukkan kedalam jadwal kegiatan sehari-hari bapak. Pukul kasur bantal mau jam berapa? Bagaimana kalau setiap bangun tidur? Baik, jadi jam 05.00 pagi. dan jam jam 14.00 sore. Lalu kalau ada keinginan marah sewaktu-waktu gunakan kedua cara tadi ya pak. Sekarang kita buat

jadwalnya ya pak, mau berapa kali sehari bapak latihan memukul kasur dan bantal serta tarik nafas dalam ini?"

"Besok siang kita ketemu lagi kita akan latihan cara mengontrol marah dengan belajar bicara yang baik. Mau jam berapa pak? Baik, jam 2 siang ya. Sampai jumpa"

Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

SP II(Rabu, 13 Mei 2026)

08.00 WIB

1. Fase Orientasi

"Assalammua'laikum, bagaimana perasaan bapak pagi ini ? Wah, tampak cerah "

"Bagaimana bapak, sudah dicoba merapikan tempat tidur sore kemarin/ Tadi pagi? Bagus, sekarang kita akan latihan kemampuan kedua. Masih ingat apa kegiatan itu bapak?"

"Ya benar, kita akan latihan badminton di halaman belakang ini"

"Waktunya sekitar 15 menit. Mari kita ke halaman belakang!"

2. Fase Kerja

"Baik, sekarang kita sudah di halaman belakang. Coba bapak pegang raketnya. Pegangan yang nyaman seperti ini ya."

"Mari kita coba melakukan gerakan dasar memukul bola secara perlahan. Saya akan melempar bola, lalu bapak pukul ke arah saya. Satu, dua, tiga, ayo pukul!"

"Bagus sekali! Pukulan bapak sudah sangat pas dan kuat. Cara memegang raketnya juga sudah benar. Hebat!"

3. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan bapak setelah kita selesai bermain badminton tadi? Terlihat lebih segar dan berenergi ya!"

"Bagaimana kalau kegiatan bermain badminton ini kita masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian bapak setuju? Nanti kita bisa jadwalkan untuk latihan rutin."

"Besok kita akan bertemu lagi untuk melihat perkembangan latihan badminton. Waktunya sama seperti hari ini ya, jam 8 pagi. Sampai jumpa"

Resiko Perilaku Kekerasan

SP III (Rabu, 13 Mei 2026)

14.00

1. Fase Orientasi

“Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya kemarin sekarang kita ketemu lagi”

“Bagaimana perasaan bapak hari ini pak?, sudah dilakukan latihan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal?, apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?”

“Bagus. Nah kalau tarik nafas dalamnya dilakukan sendiri tulis M, artinya mandiri; kalau diingatkan suster baru dilakukan tulis B, artinya dibantu atau diingatkan. Nah kalau tidak dilakukan tulis T, artinya belum bisa melakukan”

“Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara bicara untuk mencegah marah?”

“Dimana enakya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat yang sama?”

“Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?”

2. Fase Kerja

“Sekarang kita latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah. Kalau marah sudah disalurkan melalui tarik nafas dalam atau pukul kasur dan bantal, dan sudah lega, maka kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah. Ada tiga caranya pak:

1. Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin Bapak bilang penyebab marahnya karena ditegur ketika tidak mau meminum obat. Coba Bapak bicara dengan baik:”Kak, jangan marahi saya, bicara baik-baik saja, saya pasti akan meminum obatnya.” Nanti bisa dicoba di sini untuk meminta baju, minta obat dan lain-lain. Coba bapak praktekan. Bagus pak.”

2. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan bapak tidak ingin melakukannya, katakan: 'Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan'. Coba bapak praktekan. Bagus sekali bapak"
 3. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal bapak dapat mengatakan: 'Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu'. Coba praktekan. Bagus pak!"
3. Fase Terminasi
- "Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol marah dengan bicara yang baik?"
- "Coba bapak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari"
- "Bagus sekali, sekarang mari kita masukkan dalam jadwal. Berapa kali sehari bapak mau latihan bicara yang baik?, bisa kita buat jadwalnya?"
- "Coba masukkan dalam jadwal latihan sehari-hari, misalnya meminta obat, uang, dll. Bagus nanti dicoba ya Pak!"
- "Bagaimana kalau besok pagi jam 10 kita ketemu lagi?"
- "Nanti kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah bapak yaitu dengan cara ibadah, bapak setuju? Mau di mana Pak? Di sini lagi? Baik sampai nanti ya"

Resiko Perilaku Kekerasan

SP IV (Kamis, 14 Mei 2026)

10.00

1. Fase Orientasi
- "Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya kemarin sekarang saya datang lagi"
- "Baik, yang mana yang mau dicoba?"
- "Bagaimana pak, latihan apa yang sudah dilakukan? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Bagus sekali, bagaimana rasa marahnya"
- "Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara lain untuk mencegah rasa marah yaitu dengan ibadah?"

“Dimana enakny kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat tadi?”

“Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?”

2. Fase Kerja

“Coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa Bapak lakukan! Bagus. Baik, yang mana mau dicoba?”

“Nah, kalau bapak sedang marah coba bapak langsung duduk dan tarik napas dalam. Jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks. Jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian mengaji”.

“Bapak bisa melakukan mengaji secara teratur untuk meredakan kemarahan.”

“Coba Bapak sebutkan surat yang sering bapak baca? Bagus.”

Fase Terminasi

”Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara yang ketiga ini?”

“Jadi sudah berapa cara mengontrol marah yang kita pelajari? Bagus”.

“Mari kita masukkan kegiatan ibadah pada jadwal kegiatan bapak. Mau berapa kali bapak mengaji?. Bagaimana kalau 1x sehari di jam 10 pagi?”

“Coba bapak sebutkan lagi cara ibadah yang dapat bapak lakukan bila bapak merasa marah”

“Setelah ini coba bapak lakukan mengaji”

“Nanti jam 2 siang kita ketemu lagi ya pak, nanti kita bicarakan kembali empat cara mengontrol rasa marah. Tempatnya mau dimana pak?

Bagaimana kalau disini saja?”

Lampiran II

Lampiran 2 Dokumentasi Kegiatan





Lampiran III

Lampiran 3 DAFTAR RIWAYAT HIDUP

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama	: Ghafira Roudhotul Jannah M
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat Tanggal Lahir	: Garut, 05 September 2004
Agama	: Islam
Status	: Belum Nikah
Alamat	: Perum Cluster Sariwates Residence Blok C.No 1
Motto	: Satu paragraf setiap hari jauh lebih baik dari pada satu bab dalam angan-angan

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Kartini Kartina	: Tahun 2010 - 2011
2. SDN 7 Pataruman	: Tahun 2011 - 2017
3. SMPN 2 Garut	: Tahun 2017 – 2020
4. SMA 11 Garut	: Tahun 2020 – 2023

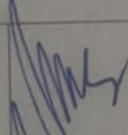
Lampiran IV

Lampiran 4 LEMBAR BIMBINGAN

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Ghefira Roudhotul Jannah M
NIM : KHGA23097
Pembimbing : H. Aceng Ali, S.Kep., Ns., M.Hkes.
Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.A DENGAN
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK
NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT.

No	Tanggal	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Selasa , 09/06-2026	BAB I, cari data terbaru di dinkes, perbaiki penulisan dan margin	
2	Jum'at , 12/06-2026	Revisi BAB I perbaiki salah kata dan spasi lanjut BAB II . ACC BAB I	
3	Senin , 15/06-2026	BAB II Lengkapi materi . perbaiki penulisan dan margin	
4	Jum'at , 19/06-2026	REVISI BAB II perubahan materi yang akan didasukkan, perbaiki tulisan lanjut BAB II	
5	Rabu , 24/06-2026	BAB III . ACC BAB II penulisan , gunakan bahasa yang baik	
6	Senin , 29/06-2026	Revisi BAB III perbaiki pembahasan . lengkapi implementasi , catatan perkembangan	

7	Rabu, 01/07-2026	ACCAB III, ISAB III ambanasan 2 B, DB IV Lanjutan pembuatan APT	
8.	Jum'at, 03/07-2026	ACC	