

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.I (41 TAHUN)
DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI
RENDAH AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR
DI KLINIK REHABILITASI MENTAL
NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh :
SYIPANURLAILA
KHGA23082



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA
GARUT
2026**

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN KTI

**JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. I(41 TAHUN)
DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI
RENDAH AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI
KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSA-
NIE SAMARANG GARUT**

**PENYUSUN : SYIPA NURLAILA
NIM : KHGA23082**

Menyatakan Bahwa Mahasiswa Tersebut Sudah Melaksanakan sidang dan
Perbaikan Karya Tulis Ilmiah

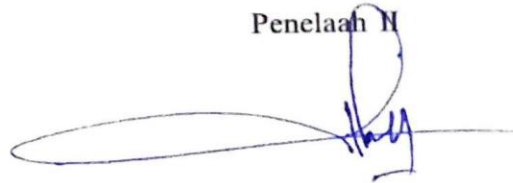
Garut, 20 Juli 2026
Menyetujui,

Penelaah I



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

Penelaah II



Wahyudin, S.Kep., M.Kep

Mengetahui,

Ka. Prodi D III Keperawatan Institut
Kesehatan Karsa Husada Garut



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

Mengesahkan,
Pembimbing



Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.Hkes.

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.I (41 TAHUN) DENGAN
GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH AKIBAT
GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI
MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT**

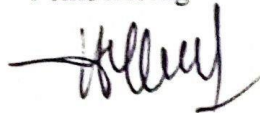
Disusun Oleh :

SYIPA NURLAILA
NIM : KHGA23082

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disidangkan Dihadapkan Tim Penguji
Program Studi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Karsa Husada Garut

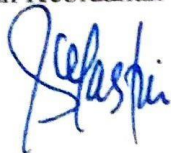
Menyetujui,
Pembimbing



Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.Hkes.

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., Ns., M.Kep.

Mengetahui,
Ka.Prodi D III Keperawatan



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

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Tulis Ilmiah Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep), baik dari Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Tulis Ilmiah ini adalah murni gagasan, rumusan, analisis studi kasus saya sendiri tanpa bantuan pihak lain, kecuali dari arahan pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas yang dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan 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 Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, 1 September 2026



Syipa Nurlaila

KHGA23082

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.I (41 TAHUN) DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

SYIPA NURLAILA
KHGA23082

IV Bab, 94 Halaman, 7 Bagan, 8 Tabel, 4 Lampiran

Karya tulis ilmiah ini berjudul ” *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. I Dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah akibat Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut*”. Gangguan Afektif Bipolar merupakan Gangguan jiwa kronis yang ditandai perubahan suasana hati secara ekstrem antara episode mania dan depresi sehingga dapat memengaruhi fungsi psikologis, sosial, dan kemampuan menjalankan peran. Kondisi ini berisiko menimbulkan gangguan konsep diri berupa harga diri rendah. Berdasarkan Data di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut tahun 2026, terdapat 32 kasus Gangguan Afektif Bipolar atau 80% dari seluruh pasien gangguan jiwa yang menjalani perawatan. Karya tulis ilmiah ini bertujuan menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. I dengan gangguan konsep diri: harga diri rendah akibat gangguan afektif bipolar. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan deskriptif. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan status mental, studi dokumentasi, dan studi pustaka. Hasil pengkajian menunjukkan klien mengalami harga diri rendah dan defisit perawatan diri. Intervensi keperawatan dilakukan menggunakan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) melalui komunikasi terapeutik, identifikasi kemampuan positif, latihan kemampuan sesuai potensi, serta edukasi perawatan diri. Hasil evaluasi menunjukkan peningkatan rasa percaya diri, kemampuan mengenali potensi diri, dan kemandirian dalam melakukan aktivitas perawatan diri. Asuhan keperawatan yang diberikan membantu meningkatkan kemampuan adaptasi dan fungsi klien.

Kata Kunci : *Asuhan Keperawatan jiwa, Gangguan Afektif Bipolar, Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah*

Daftar Pustaka : 33 sumber, 2020 s.d 2026

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta karunia-Nya sehingga penulis berhasil menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang memuat informasi tentang “ **Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.I Dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Akibat Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut**” sesuai dengan waktu yang telah ditentukan dan diharapkan dapat memberikan wawasan yang luas bagi pembaca dan juga bagi penulis. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program studi D III Keperawatan serta memperoleh gelar ahli madya Keperawatan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran selama menyusun Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari dukungan dan bantuan dari berbagai pihak yang dengan ikhlas memberi dorongan serta motivasi kepada penulis. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang tak terhingga serta penghargaan yang sebesar – besarnya 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. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep. yang menjabat sebagai Ketua Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ns., M.Pd. yang menjabat sebagai Ketua Program Studi D-III Keperawatan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Bapak Gin Gin Sugih, S.Kep., M.H.kes. yang berperan sebagai Pembimbing yang memberikan dukungan dan arahan dengan penuh kebaikan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini ditengah kesibukan yang bapak miliki.
6. Bapak Angga Dipa Nagara, S.Kep., M.Kep dan Bapak Wahyudin, S.Kep., M.Kes. selaku dosen Penguji yang telah berkenan menguji dan memberi kritik dan saran kepada penulis guna Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik,

7. Kepada 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.
8. Staf administrasi dan perpustakaan yang telah mendukung kelancaran penulis selama proses Pendidikan dan saat menyiapkan karya tulis ilmiah ini.
9. Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut telah memberikan banyak kesempatan kepada penulis untuk menulis Karya Tulis Ilmiah ini, Terimakasih kepada seluruh staff yang ada disana karena telah memberikan bimbingan, dukungan dan informasi mengenai asuhan keperawatan sehingga penulis berhasil menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan lancar dan tanpa hambatan.
10. Terimakasih kepada Tn.I yang telah berkolaborasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, yang memungkinkan penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada orang yang paling istimewa yaitu Kepada kedua Orang Tua tercinta Ibu Ningsih dan Bapak Wawan. Terima Kasih atas setiap doa, setiap pengorbanan yang mungkin tidak pernah penulis ketahui, serta kasih sayang yang telah diberikan selama ini. Tidak ada kata yang mampu menggambarkan besarnya cinta, kesabaran, dan perjuangan yang telah diberikan hingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan kesehatan, kebahagiaan, umur yang berkah, serta membalas seluruh kebaikan dan pengorbanan beliau.
12. Dengan penuh cinta dan kerinduan, penulis persembahkan karya ini kepada Alm. Nenek tercinta. Terima kasih karena telah menjadi bagian terindah dalam perjalanan hidup penulis, atas kasih sayang yang tulus, doa yang selalu mengiringi, pelukan hangat yang diberikan serta kenangan yang masih hidup di hati penulis, Meski Allah SWT telah memanggilnya terlebih dahulu dan tidak lagi dapat menyaksikan setiap langkah penulis hingga titik ini, Penulis percaya bahwa setiap doa dan cinta yang pernah beliau berikan akan selalu menjadi kekuatan bagi penulis. Mohon maaf proses cucumu sedikit lambat dari yang

lain. Semoga Allah SWT menempatkannya di surga Firdaus. Aamiin Ya Rabbal 'Alamin.

13. Terimakasih yang sebesar-besarnya kepada kakak (Idris dan Dini) dan adik (Banyu), serta semua keluarga besar yang senantiasa memberikan doa, dukungan material maupun non material, perhatian, dan semangat kepada penulis selama menempuh pendidikan hingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan. Terima kasih telah menjadi tempat berbagi, memberikan motivasi, serta selalu meyakinkan penulis untuk tetap berusaha menyelesaikan setiap prosesnya.
14. Terima Kasih kepada teman-teman tercinta teman seperjuangan, (Naila,Lita,Desi,Rispi,Arfah,Ainun) yang telah menjadi rumah kedua selama masa perkuliahan. Terima kasih telah kebersamai setiap langkah, menjadi tempat berbagi cerita, saling menguatkan disaat lelah, serta menghadirkan banyak kenangan indah yang akan selalu penulis kenang. Perjalanan ini mungkin tidak selalu mudah, tetapi kehadiran kalian membuat setiap tantangan terasa lebih ringan. Semoga persahabatan yang telah terjalin tetap terjaga, dan semoga kalian senantiasa diberikan kemudahan, keberkahan, serta kesuksesan dalam setiap langkah kehidupan.
15. Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada seluruh teman-teman Angkatan 30. Terima kasih atas kerja sama, dukungan, dan rasa kekeluargaan yang erat selama ini. Setiap dinamika yang kita lalui telah mendewasakan kita. Semoga ikatan ini tetap terjaga ke depannya. Terima kasih telah menjadi rekan seperjuangan yang luar biasa, saling menginspirasi, dan tidak pernah membiarkan satu sama lain menyerah. Sampai jumpa di puncak kesuksesan.
16. Terima kasih kepada seseorang yang senantiasa hadir sebagai *support system*. Terima kasih atas kesabaran, waktu yang telah diluangkan untuk mendengarkan keluh kesah penulis, yang selalu memberikan dukungan material maupun non material yang sangat amat berarti bagi penulis, serta motivasi tanpa henti yang membuat penulis kembali bersemangat dalam menyelesaikan seluruh proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

17. Kepada diri saya sendiri, Syipa Nurlaila anak terakhir perempuan dari 4 bersaudara. Terima kasih karena sudah mau berusaha melewati semua hiruk pikuk selama proses perkuliahan berlangsung, terimakasih atas segala usaha, kesabaran, dan keteguhan dalam menghadapi setiap proses selama menempuh pendidikan hingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan. Terima kasih karena telah memilih untuk tetap melangkah meskipun pernah merasa lelah, ragu, dan hampir menyerah. Semoga setiap perjuangan yang telah dilewati menjadi bekal untuk menghadapi perjalanan berikutnya dan membawa manfaat bagi banyak orang, serta selalu dikelilingi orang-orang baik.

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

Semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi penulis serta seluruh pembaca. Akhir kata, penulis berdoa agar amal baik dari semua pihak diberi balasan yang berlipat ganda dari Allah SWT. Amin

Garut, 10 Juli 2026

Syipa Nurlaila

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Metode Telaah.....	6
D. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TOERI	9
A. Konsep Dasar Teori.....	9
1. Konsep Bipolar	9
2. Konsep Harga Diri Rendah	17
3. Konsep Defisit Perawatan Diri.....	25
4. Konsep Koping Individu Tidak Efektif.....	32
B. Konsep Asuhan Keperawatan	37
1. Pengkajian.....	37
2. Analisa Data	42

3. Diagnosis Keperawatan.....	42
4. Intervensi Keperawatan.....	43
5. Implementasi Keperawatan.....	50
6. Evaluasi Keperawatan.....	50
7. Dokumentasi Keperawatan	51
BAB III TINJAUAN KASUS	52
A. Laporan Kasus	52
1. Pengkajian Keperawatan.....	52
2. Analisa Data	63
3. Pohon Masalah.....	64
4. Diagnosa Keperawatan.....	64
5. Intervensi Keperawatan.....	66
6. Implementasi dan Evaluasi	72
7. Catatan Perkembangan.....	76
B. Pembahasan.....	84
1. Tahap Pengkajian	84
2. Diagnosa Keperawatan.....	87
3. Perencanaan Keperawatan	88
4. Implementasi Keperawatan.....	89
5. Evaluasi Keperawatan.....	90
6. Dokumentasi Keperawatan	91
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	92
A. Kesimpulan dan Rekomendasi.....	92
DAFTAR PUSTAKA	94
LAMPIRAN.....	97

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Data Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut Periode Tahun 2025-2026.....	2
Tabel 1. 2 Diagnosa Penyakit di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut Periode Januari-Mei 2025-2026.....	3
Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan.....	44
Tabel 3. 1 Therapi Medis	62
Tabel 3. 2 Analisa Data.....	63
Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan.....	66
Tabel 3. 4 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan	72
Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan.....	76

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Rentang Respon Harga Diri Rendah.....	22
Bagan 2. 2 Pohon Masalah Harga Diri Rendah	25
Bagan 2. 3 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri	29
Bagan 2. 4 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri.....	32
Bagan 2. 5 Rentang Respon Koping Individu Tidak Efektif	35
Bagan 3. 1 Genogram.....	55
Bagan 3. 2 Pohon Masalah Harga Diri Rendah	64

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

Lampiran II Dokumentasi Kegiatan

Lampiran III Daftar Riwayat Hirup

Lampiran IV Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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.

Kesehatan manusia secara keseluruhan bergantung pada kesehatan jiwa. Dalam World Psychiatry (2025), World Health Organization (WHO) mendefinisikan Kesehatan jiwa sebagai keadaan sejahtera (*state of well-being*) di mana seseorang menyadari potensinya, mampu mengatasi stres kehidupan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu berkontribusi kepada komunitasnya. (Kestel et al., 2025)

Kesehatan jiwa merupakan bagian penting dari kesehatan secara keseluruhan. Seseorang dikatakan memiliki kesehatan jiwa yang baik apabila dia dapat menilai dirinya secara realistis, beradaptasi dengan stres, dan memenuhi kebutuhan sehari-hari secara mandiri. Sebaliknya, gangguan jiwa dapat memengaruhi cara berpikir, perasaan, perilaku, kemampuan berinteraksi, dan kemampuan seseorang untuk merawat diri sendiri. (Anita et al., 2025)

Gangguan jiwa adalah kelompok kondisi kesehatan luas yang ditandai dengan perubahan atau gangguan pada bagian pikiran (kognisi), emosi (perasaan), dan perilaku seseorang. Kondisi ini juga disertai dengan penderitaan psikologis (stress psikologis) dan penurunan fungsi (disfungsi) dalam menjalani kehidupan sehari-hari. (Sharma & Chariar, 2024)

Salah satu gangguan jiwa yang cukup banyak ditemukan adalah gangguan afektif bipolar. Gangguan afektif bipolar merupakan gangguan suasana perasaan (mood) yang ditandai dengan episode manik, hipomanik, dan depresi yang terjadi secara berulang. Perubahan suasana perasaan tersebut dapat memengaruhi fungsi sosial, pekerjaan, pendidikan, serta hubungan interpersonal individu.

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data *World Health Organization* pada tahun 2025, lebih dari 1 miliar orang di seluruh dunia hidup dengan gangguan mental. Ini setara dengan 1 dari 7 penduduk di dunia, Orang dengan Depresi (3,64%), Orang dengan Anxiety (3,91%), Orang dengan Bipolar (0,58%), Skizofrenia (0,26%), Demensia (0,65%) dari total populasi dunia. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), meskipun prevalensi gangguan bipolar (0,58%) lebih rendah dibandingkan yang depresi dan gangguan kecemasan, gangguan ini memiliki dampak yang besar terhadap fungsi sosial, kualitas hidup, serta beresiko menyebabkan disabilitas dan bunuh diri apabila tidak ditangani secara tepat.(WHO, 2025).

Di Indonesia, Jika mengacu pada data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) pada tahun 2024, Jawa Barat tercatat sebagai provinsi dengan tingkat prevalensi depresi tertinggi di Indonesia yaitu sebesar 3,3%, prevalensi gangguan jiwa di Indonesia sebesar 2% pada kelompok usia 15-75 tahun (wirawan, 2024). Jumlah orang yang mengalami gangguan jiwa mencapai 12.597 orang, prevalensi gangguan jiwa berat/ (skizofrenia/psikosis) di Provinsi Jawa Barat sebesar 0,5%, sedangkan prevalensi gangguan mental emosional sebesar 9,3%.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut tahun 2025-2026,

Tabel 1. 1 Data Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut Tahun 2025-2026

No.	Diagnosa penyakit	Jumlah	Presentase
1.	Gangguan Afektif Bipolar	1.988	39,56%
2.	Skizofrenia	1.624	32,32%
3.	Penyalahgunaan NAPZA	208	24,04%
4.	<i>Intelektual Disability</i>	205	4,08%
	Jumlah	5.025	100%

(Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut)

Tabel 1.1 : Menjelaskan bahwa setengah dari penyintas gangguan jiwa di Kab. Garut mengalami Gangguan Afektif Bipolar yaitu 39,56% Sebagian kecil dari masalah Kesehatan jiwa lainnya di Kab. Garut yaitu dengan Gangguan *Intelektual Disability* yaitu 4,08%. Data ini menunjukkan bahwa masalah kesehatan jiwa masih cukup tinggi dan membutuhkan perawatan komprehensif.

Berdasarkan hasil rekam medik di Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut, salah satu tempat rehabilitasi mental di Kabupaten Garut, Jumlah pasien dengan gangguan jiwa pada tahun 2026 adalah berikut :

Tabel 1. 2 Diagnosa Penyakit di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut Periode Januari-Mei 2025-2026.

No.	Diagnose Penyakit	Jumlah (Orang)	Presentase	Jumlah (Orang)	Presentase
		2025		2026	
1.	Gangguan Afektif Bipolar	32 Orang	83,05%	32 Orang	80%
2.	Skizofrenia	4 Orang	11,26%	7 Orang	19%
3.	<i>Intelektual Dissability</i>	2 Orang	5,59%	2 Orang	1%
4.	Penyalahgunaan NAPZA	0 Orang	0 %	0 Orang	0%
Jumlah		39 Orang	100 %	41 Orang	100%

(Sumber : Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut)

Berdasarkan Data yang diperoleh penulis di lokasi penelitian di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut, terjadi peningkatan jumlah pasien gangguan jiwa yang dirawat dari bulan Januari sampai Mei tahun 2025-2026, terjadi peningkatan jumlah pasien dari 39 kasus (2025) menjadi 41 kasus (2026). Gangguan afektif bipolar tetap menjadi diagnosis yang dominan 32 kasus (80%) dan terjadi peningkatan pada pasien dengan Skizofrenia dari 4 kasus (11,26%) pada tahun 2025 menjadi 7 Kasus (19%) pada tahun 2026, kasus dengan Intelektual Disabilitas stabil pada 2 kasus, dan tidak terdapat kasus penyalahgunaan NAPZA selama periode penelitian.

Gangguan bipolar adalah salah satu gangguan jiwa yang paling sering

menyebabkan masalah psikososial. Perubahan suasana hati yang luar biasa antara episode mania dan depresi adalah tanda gangguan ini. Pasien yang mengalami fase depresi sering menunjukkan perasaan tidak berharga, tidak percaya diri, merasa gagal, dan menilai dirinya secara negatif, yang dapat berkembang menjadi harga diri rendah kronis jika tidak ditangani. Dapat disimpulkan bahwa gangguan bipolar sebagian besar menyebabkan harga diri rendah.

Harga diri rendah kronis adalah Ketika seseorang merasa lebih rendah dari orang lain dan berpikir negative tentang dirinya sendiri, merasa gagal, merasa tidak mampu, dan tidak percaya diri. Sehingga dapat mengganggu kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain, menjalankan peran mereka, dan mencapai pemulihan yang optimal. Oleh karena itu, peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa kepada pasien untuk membantu mereka meningkatkan harga diri dan memahami kemampuan positif mereka. (Azwar, 2022)

Mereka yang menderita gangguan jiwa mungkin mendapatkan beberapa diagnosa keperawatan, salah satunya adalah gangguan konsep diri, atau harga diri rendah. Harga diri adalah cara seseorang menilai seberapa berharga dirinya secara fisik, emosional, moral, dan intelektual, serta bagaimana orang-orang di sekitarnya memperlakukan dirinya dan apa yang mereka pikirkan tentang mereka. (Arroisi & Badi', 2022))

Beberapa komponen terlibat dalam kesehatan jiwa, yaitu emosional, psikologis, dan sosial. Semua komponen ini memengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, dan berperilaku. Mereka yang mengalami masalah kesehatan jiwa dapat mengalami berbagai masalah emosional seperti kecemasan, depresi, dan gangguan perilaku. Oleh karena itu, menjaga kesehatan fisik dan mental sama pentingnya dengan menjaga kesehatan jiwa (Purwandari et al., 2022)

Berdasarkan uraian tersebut, penulis ingin membahas masalah asuhan keperawatan pada klien yang memiliki harga diri rendah akibat Afektif Bipolar. Karya ilmiah ini juga diharapkan dapat membantu mahasiswa keperawatan mempelajari bagaimana menerapkan proses keperawatan jiwa dengan benar dan sesuai dengan kebutuhan klien. Oleh karena itu, karya tulis ini tidak hanya membahas teori tetapi juga bagaimana praktik keperawatan di lapangan diterapkan.

Asuhan Keperawatan yang diangkat dengan judul “ ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.I DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH KRONIS AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT”

B. Tujuan Penulisan

1) Tujuan Umum

Tujuan umum penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada Tn. I dengan diagnosis medis bipolar dan masalah keperawatan harga diri rendah kronis secara menyeluruh, mulai dari pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi keperawatan.

2) Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan karya tulis ilmiah ini adalah:

- a. Mampu melakukan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn. I dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- b. Mampu Mengidentifikasi masalah keperawatan yang muncul pada Tn. I berdasarkan data subjektif dan objektif dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- c. Mampu Menyusun rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan Tn. I dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- d. Mampu Melaksanakan tindakan keperawatan untuk membantu Tn. I meningkatkan penilaian terhadap dirinya dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah

dilaksanakan pada Tn. I dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan dalam membantu mengatasi masalah harga diri rendah kronis pada Tn. I dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

C. Metode Telaah

Metode telaah yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah studi kasus dengan pendekatan deskriptif. Metode ini dilakukan untuk menggambarkan secara rinci asuhan keperawatan pada Tn. I dengan diagnosis medis bipolar dan diagnosis keperawatan harga diri rendah kronis berdasarkan hasil pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pengumpulan data dilakukan melalui berbagai cara sebagai berikut ;

1. Wawancara

Penulis mengumpulkan data dengan melakukan tanya jawab secara langsung kepada klien dan pihak yang terkait guna memperoleh informasi mengenai kondisi kesehatan, riwayat penyakit, serta masalah yang dialami klien.

2. Pengamatan (Observasi)

Penulis melakukan pengamatan secara langsung terhadap kondisi klien, baik dari segi perilaku, penampilan, interaksi sosial, respons emosional, maupun aktivitas yang dilakukan selama menjalani perawatan.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengetahui kondisi kesehatan klien secara menyeluruh, termasuk pengukuran tanda-tanda vital dan identifikasi berbagai keluhan fisik yang dialami klien

4. Studi Dokumentasi

Data diperoleh dari berbagai dokumen yang berkaitan dengan klien, seperti catatan keperawatan, rekam medis, hasil pemeriksaan, serta laporan

perkembangan selama menjalani perawatan .

5. Studi Literatur

Penulis menggunakan berbagai sumber pustaka seperti buku, jurnal ilmiah, artikel penelitian, Buku-buku yang tersedia di perpustakaan yang berkaitan dengan gangguan bipolar dan harga diri rendah kronis untuk mendukung pembahasan dalam karya tulis ilmiah.

6. Partisipasi Aktif

Partisipasi aktif terkait Tindakan penulis dalam memberikan perawatan keperawatan kepada Tn. I yang mengalami Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah akibat Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

D. Sistematika Penulisan

Untuk mempermudah proses penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis menerapkan sistem penulisan sebagai berikut :

1. Bagian I: Pendahuluan

Bagian ini menjelaskan tentang latar belakang, tujuan, metode analisis, serta sistematika penulisan yang digunakan.

2. Bagian II: Tinjauan Teoritis

Bagian ini mengupas teori-teori yang berhubungan dengan judul yang diteliti, yang dapat menjadi rujukan dalam pembahasan. Terdapat konsep dasar mengenai penyakit, definisi, serta proses perawatan jiwa yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

3. Bagian III: Tinjauan Kasus dan Pembahasan

Bagian ini menjelaskan tentang perawatan keperawatan yang dilakukan secara langsung di lapangan melalui proses keperawatan yang mencakup tahapan pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi, serta catatan perkembangan pada klien yang mengalami Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah akibat Gangguan Afektif Bipolar. Pembahasannya berfokus pada kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara pendekatan medis dengan tindakan

yang dilakukan langsung pada kasus serta solusi terhadap permasalahan yang ada.

4. Bagian IV: Kesimpulan dan Rekomendasi

Bagian ini berisi kesimpulan penulis setelah melakukan perawatan keperawatan serta saran atau rekomendasi yang bersifat konstruktif berdasarkan kesimpulan untuk perbaikan dimasa mendatang.

BAB II

TINJAUAN TOERI

A. Konsep Dasar Teori

1. Konsep Bipolar

a. Definisi Gangguan Bipolar

Gangguan Bipolar adalah Gangguan Jiwa jangka panjang yang ditandai oleh perubahan suasana hati yang ekstrem, yaitu dari fase mania atau hipomania ke fase depresi. Pada fase mania, pasien dapat sangat aktif, banyak bicara, mudah tersinggung, percaya diri berlebihan, dan kurang kebutuhan tidur. Pada fase depresi, pasien cenderung sedih, kehilangan minat, merasa tidak berharga, lelah, dan mungkin muncul pikiran untuk menyakiti diri sendiri (Syahrizal Syahrizal et al., 2024)

Sejalan dengan hal tersebut (Oliva et al., 2025) menjelaskan bahwa Gangguan Bipolar adalah kondisi kejiwaan yang berlangsung lama, yang ditandai dengan fase suasana hati (mood) yang sangat berubah-ubah, seperti mania (fase sangat bersemangat/senang berlebihan) dan depresi (fase sangat terpuruk/sedih mendalam).

Gangguan yang berulang dapat mengganggu fungsi sosial, pekerjaan, dan hubungan keluarga. Akibatnya, penanganan jangka panjang diperlukan untuk pasien bipolar agar mood mereka tetap stabil dan mencegah ke kambuhan. Menurut penelitian terbaru, bipolar juga dikaitkan dengan masalah psikososial, medis, dan finansial yang signifikan.

Selain itu, Organisasi Kesehatan Dunia menyatakan bahwa sekitar 40 juta orang di seluruh dunia hidup dengan gangguan bipolar, yang dapat menyebabkan disabilitas yang signifikan dalam berbagai aspek kehidupan.

Perkembangan gangguan bipolar dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti faktor genetik, neurobiologis, lingkungan, dan penggunaan zat psikoaktif. Penggunaan narkotika atau zat psikoaktif dalam jangka

panjang diketahui dapat meningkatkan risiko timbulnya gangguan bipolar, terutama pada individu yang memiliki kerentanan biologis atau genetik. Hasil tinjauan sistematis menunjukkan bahwa penggunaan zat seperti cannabis, alkohol, nikotin, dan kokain berhubungan dengan peningkatan risiko munculnya episode mania maupun hipomania, serta dapat memperburuk perjalanan penyakit pada penderita gangguan bipolar (Lalli et al., 2021a)

Kesimpulan dari semua pernyataan diatas yaitu ;

Gangguan bipolar adalah gangguan jiwa yang berlangsung lama yang ditandai oleh perubahan suasana hati yang sangat ekstrim yang terjadi antara fase mania atau hipomania dan fase depresi. Pada fase mania, pasien biasanya merasa sedih, tidak berdaya, kehilangan minat, dan dapat muncul pikiran untuk menyakiti diri sendiri. Gangguan ini dapat mengganggu fungsi sosial, pekerjaan, dan hubungan keluarga, dan membutuhkan penanganan jangka panjang untuk menjaga kondisi pasien stabil. Selain itu, gangguan bipolar memengaruhi kualitas hidup, beban psikososial, dan risiko kematian misalnya akibat bunuh diri.

b. Etiologi Gangguan Bipolar

Faktor genetik, biologis, lingkungan, dan psikososial diduga berkontribusi pada gangguan bipolar, meskipun penyebab pastinya belum diketahui. Faktor-faktor seperti riwayat keluarga, ketidakseimbangan kimia otak, stres, trauma, gangguan tidur, dan penyalahgunaan zat dapat menyebabkan atau memperburuk gangguan bipolar. (Clinic, n.d.)

Beberapa faktor yang berkontribusi pada terjadinya gangguan bipolar adalah sebagai berikut:

- 1) Faktor genetik: Orang dengan riwayat keluarga bipolar lebih sering mengalami gangguan bipolar. Ini menunjukkan bahwa faktor genetik memainkan peran penting dalam meningkatkan risiko seseorang mengalami bipolar.

- 2) Faktor biologis: Perubahan struktur dan fungsi otak diduga berkontribusi pada timbulnya bipolar. Selain itu, ketidakseimbangan zat kimia otak seperti dopamin dan serotonin juga dapat mengganggu pengaturan suasana hati.
- 3) Faktor Lingkungan: Stres berat, kehilangan orang terdekat, trauma, masalah pekerjaan, dan masalah keuangan semuanya dapat menyebabkan episode bipolar atau memperburuk kondisi saat ini.
- 4) Gangguan pola tidur: Pola tidur yang tidak teratur atau kurang dapat mengganggu mood Anda. Perubahan dalam ritme tidur sering menyebabkan ke kambuhan pada penderita bipolar.
- 5) Konsumsi alkohol dan narkoba dapat memperburuk gejala bipolar dan meningkatkan risiko ke kambuhan. Narkoba juga dapat menyebabkan episode mania atau depresi dalam beberapa kasus.
- 6) Faktor psikososial: Trauma, tekanan emosional, dan kekurangan dukungan sosial dapat memperburuk keadaan penderita. Pada orang yang sudah memiliki kerentanan bipolar, faktor ini sering menjadi sumber gejala.

c. Manifestasi Klinis Gangguan Bipolar

Tanda dan Gejala gangguan bipolar yang muncul pada pasien sesuai dengan fase moodnya dikenal sebagai manifestasi klinis gangguan bipolar. Perubahan suasana hati pada gangguan ini tidak selalu manik, hipomanik, depresif, atau campuran. Setiap fase memiliki fitur unik., Menurut (Oliva et al., 2025)

- 1) Fase manik: Pasien biasanya sangat bersemangat, penuh energi, berbicara cepat, dan merasa dirinya sangat mampu. Selain itu, pasien sering tidur lebih sedikit tetapi tetap merasa segar, melakukan tindakan impulsif tanpa mempertimbangkan akibatnya.
- 2) Fase hipomanik: Gejalanya lebih ringan daripada manik. Pasien tampak lebih aktif, percaya diri, dan banyak berbicara, tetapi ini tidak mengganggu fungsi sosial atau pekerjaan mereka. Fase ini

juga biasanya tidak menghasilkan gejala psikotik.

- 3) Fase depresif: Pada fase ini, pasien tampak sedih, murung, kehilangan minat terhadap aktivitas sehari-hari, mudah lelah, dan merasa tidak berharga. Mereka juga dapat mengalami masalah tidur, gangguan nafsu makan, kesulitan konsentrasi, menarik diri dari lingkungan, dan pikiran untuk menyakiti diri sendiri dapat muncul.
- 4) Fase campuran: Ini adalah fase di mana gejala manik dan depresif muncul secara bersamaan. Pasien dapat tampak gelisah, marah, cemas, dan sedih sekaligus. Kondisi ini dapat meningkatkan risiko perilaku berbahaya dan bunuh diri, jadi perlu diwaspadai.

d. Klasifikasi Gangguan Bipolar

Untuk membedakan gangguan bipolar berdasarkan pola episode yang dialami pasien, klasifikasi gangguan bipolar digunakan. Pembagian ini penting karena setiap jenis gangguan memiliki karakteristik klinis, tingkat keparahan, dan metode pengobatan yang berbeda. Secara umum, klasifikasi bipolar didasarkan pada apakah episode manik, hipomanik, atau depresi muncul secara berulang selama penyakit itu berlangsung. (Angst et al., 2020)

- 1). Gangguan Bipolar Tipe I: Tipe ini dikenal sebagai gangguan bipolar dengan minimal satu episode manik penuh. Episode mania pada tipe ini biasanya lebih berat, dapat mengganggu fungsi sosial dan pekerjaan, dan kadang-kadang disertai dengan gejala psikotik atau memerlukan rawat inap.
- 2). Gangguan Bipolar II: Gangguan ini ditandai dengan minimal satu episode hipomanik dan satu episode depresi mayor, tetapi tidak pernah mengalami episode mania penuh. Meskipun gejala hipomania tampak lebih ringan dibandingkan mania, gangguan ini tetap sangat berpengaruh karena episode depresinya sering lebih dominan dan dapat menyebabkan pasien kesulitan menjalani

kehidupan sehari-hari.

3). Gangguan Siklotimik

Gangguan siklotimik adalah jenis gangguan bipolar yang lebih ringan yang berlangsung lama. Penderita mengalami gejala hipomanik dan gejala depresi ringan yang naik turun, tetapi gejalanya tidak cukup berat untuk memenuhi kriteria episode mania, hipomania penuh, atau depresi mayor.

4). Gangguan Bipolar dan Terkait Lainnya

Jenis ini digunakan untuk kondisi bipolar yang gejalanya tidak sepenuhnya memenuhi kriteria bipolar I atau bipolar II, tetapi masih menunjukkan pola mood yang unik. Dalam kategori ini, gejala dapat berasal dari zat, obat, atau kondisi medis tertentu, sehingga evaluasi lebih lanjut diperlukan untuk menghindari diagnosis yang salah..

e. Penatalaksanaan Gangguan Bipolar

Penatalaksanaan gangguan bipolar dilakukan secara komprehensif melalui terapi farmakologis dan non farmakologis.

1. Terapi farmakologis

Terapi farmakologis adalah jenis pengobatan lini pertama (*first line*) yang menggunakan obat untuk mengontrol episode mania, hipomania, depresi, atau kondisi yang termasuk dalam kategori ini. Obat-obatan ini juga digunakan untuk mencegah kekambuhan sehingga pasien dapat mempertahankan mood yang stabil dalam jangka panjang.

Obat yang digunakan untuk mengobati gangguan mental ini adalah psikotropika atau obat psikiatri. Obat-obatan ini biasanya digunakan bersama dengan terapi lain, seperti psikoterapi, untuk mencapai hasil pengobatan terbaik. (Zannah, R., Julaeha, E., & Sastramihardja, 2024) Adapun diantaranya ;

a. Mood stabilizer

Salah satu obat utama untuk gangguan bipolar adalah *mood*

stabilizer. Obat ini menstabilkan suasana hati dan menghindari perubahan mood yang terlalu ekstrim.

Cara Obat Berfungsi: Obat golongan mood stabilizer menstabilkan perubahan suasana hati yang ekstrem melalui mekanisme saraf pusat yang kompleks. Obat seperti lithium, Lithium adalah mood stabilizer klasik yang paling dikenal yang berfungsi dengan dua cara: mereka melindungi sel saraf (neuroprotektif) dan mengatur transmisi sinyal neurotransmiter di otak. Sedangkan obat antiepilepsi seperti valproat, karbamazepin, dan lamotrigin juga sering digunakan sebagai penstabil mood pada bipolar. Beberapa antipsikotik atipikal seperti olanzapin, quetiapin, risperidon, dan aripiprazol juga dapat berperan sebagai mood stabilizer pada kondisi tertentu.

Selama fase akut, Evaluasi efektivitas dan penyesuaian dosis obat biasanya dilakukan secara ketat setiap beberapa minggu. Selama fase pemeliharaan, evaluasi ini dilakukan secara berkala setiap tiga hingga enam bulan.

b. Antipsikotik atipikal

Antipsikotik atipikal digunakan terutama pada pasien dengan mania berat, agitasi, gejala psikotik, atau gangguan tidur yang menonjol.

Cara Antipsikotik Berfungsi: Antipsikotik atipikal, seperti quetiapine, olanzapine, risperidone, aripiprazole, paliperidone, dan cariprazine, bekerja dengan memblokir reseptor otak tertentu untuk dopamin dan serotonin. Obat ini sangat efektif untuk meredakan hiperaktivitas fisik, mengendalikan perilaku agresif atau agitasi, dan mengatasi gejala psikotik seperti waham kebesaran atau halusinasi, yang sering muncul selama episode mania berat, melalui pemblokiran ini.

Obat ini dapat diberikan dalam jangka pendek (berkisar antara beberapa minggu hingga beberapa bulan), atau dapat diberikan dalam

jangka panjang bersama dengan *mood stabilizer* utama untuk menjaga emosi stabil dan mencegah gejala psikotik kembali muncul.

c. Antidepresan

Pasien bipolar yang mengalami episode depresi dapat menerima antidepresan, tetapi sangat hati-hati saat menggunakannya. Antidepresan dapat menyebabkan peralihan ke fase mania, jadi tidak disarankan untuk digunakan sendiri. Oleh karena itu, untuk lebih aman, antidepresan biasanya diberikan bersama dengan mood stabilizer atau antipsikotik jika diperlukan.

Untuk gangguan bipolar, obat antidepresan (SSRI atau *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* seperti : fluoxetine atau sertraline) berfokus pada peningkatan ketersediaan *neurotransmitter* seperti serotonin, dopamin, dan norepinefrin pada celah sinaps sel saraf pusat. Selama pasien berada dalam fase depresi mayor, peningkatan konsentrasi zat kimia ini membantu meningkatkan suasana hati, meningkatkan motivasi, dan menghilangkan perasaan hampa dan sedih yang mendalam.

Antidepresan diberikan dalam jangka pendek, hanya beberapa minggu hingga beberapa bulan, dan sangat diawasi.

Antidepresan tidak boleh diberikan sebagai terapi tunggal, atau *monotherapy*, tanpa pendamping. Obat yang menstabilkan mood atau antipsikotik harus digunakan bersamaan dengan antidepresan.

2. Terapi Somatik

a. Elektrokonvulsif terapi

ECT dapat menjadi pilihan untuk kasus bipolar yang parah, terutama pada pasien dengan depresi yang parah, kondisi yang tidak membaik dengan obat, atau pasien yang memiliki risiko bunuh diri yang tinggi. Kondisi tertentu yang membutuhkan respons cepat biasanya menerima terapi ini, yang dilakukan di bawah pengawasan medis ketat di rumah sakit.

Cara Kerja ECT: ECT dilakukan dengan mengalirkan arus

listrik singkat berkekuatan rendah ke otak pasien melalui elektroda yang dipasang di pelipis. Ini adalah modalitas terapi somatik non-obat, tetapi dapat digunakan dalam penatalaksanaan medis-medikamentosa. Aliran listrik ini dimaksudkan untuk mengaktifkan kejang otak yang dikontrol untuk terapi.

ECT biasanya dilakukan secara berkala sebanyak dua hingga tiga kali seminggu, tergantung pada tingkat keparahan klinis, kedaruratan kasus, dan respons adaptif pasien setelah sesi kejang listrik.

3. Terapi Non-Farmakologi

Terapi non-farmakologis adalah metode pengobatan lengkap tanpa obat yang membantu pasien memahami dinamika penyakitnya, mengontrol perubahan emosi, mempertahankan rutinitas biologis yang stabil, dan mengurangi risiko ke kambuhan jangka panjang. Metode ini sangat penting dalam keperawatan jiwa karena manifestasi gangguan bipolar dipengaruhi oleh disregulasi neurobiologis serta stres psikologis, pola koping individu, dan kerentanan lingkungan sosial pasien. Penatalaksanaan non-obat ini terdiri dari berbagai macam intervensi yang saling berkorelasi. Beberapa terapi non-farmakologi diantaranya:

- a. Psikoedukasi: Pasien dan keluarga mereka diberi pengetahuan tentang gangguan bipolar, tanda-tanda kekambuhan, pentingnya mematuhi obat, dan cara menghadapi stres. Diharapkan pasien akan lebih mengenali perubahan mood sejak awal, sehingga penanganan dapat dimulai lebih cepat.
- b. Psikoterapi: Pasien mendapat bantuan untuk memperbaiki cara mereka berpikir, mengendalikan perasaan mereka, dan beradaptasi dengan masalah. Cognitive behavioral therapy, terapi interpersonal, dan interpersonal dan social rhythm therapy adalah jenis psikoterapi yang paling umum. Pasien mendapat manfaat dari terapi ini untuk membantu mereka mengatur aktivitas harian mereka, memperbaiki

pola tidur mereka, dan mengurangi kemungkinan ke kambuhan.

c. Dukungan Keluarga

Proses penyembuhan pasien bipolar sangat dipengaruhi oleh dukungan keluarga. Keluarga membantu mengawasi kepatuhan minum obat, mengidentifikasi tanda awal ke kambuhan, memberikan dukungan emosional, dan menciptakan lingkungan yang tenang dan aman. Pasien dapat menjadi lebih stabil dan merasa tidak sendirian selama perawatan dengan dukungan keluarga yang baik.

d. Modifikasi Gaya Hidup

Perubahan gaya hidup: Pasien bipolar disarankan untuk menjaga pola hidup yang teratur, terutama yang berkaitan dengan tidur, makan, dan aktivitas sehari-hari. Kurang tidur, stres yang signifikan, konsumsi alkohol, dan penyalahgunaan zat dapat menyebabkan kekambuhan.

e. Pemantauan diri:

Pemantauan diri sangat penting bagi pasien untuk mengetahui perubahan dalam suasana hati, energi, pola tidur, dan perilaku yang mulai tidak biasa. Dengan memantau diri mereka sendiri, pasien dan keluarga mereka dapat segera mendapatkan bantuan jika muncul tanda-tanda kekambuhan.

2. Konsep Harga Diri Rendah

a. Definisi Harga Diri Rendah

Harga diri rendah ialah Perasaan tidak percaya diri terhadap diri sendiri yang menyebabkan rasa pesimis, tidak percaya diri, dan tidak berharga dalam kehidupan. Hal-hal lain yang dapat menyebabkan harga diri rendah termasuk kehilangan rasa kasih sayang, perlakuan yang mengancam terhadap orang lain, dan hubungan interpersonal yang buruk (Anita et al., 2025)

Harga Diri Rendah ialah Ketika seseorang merasa tidak berharga,

tidak mampu, dan tidak percaya diri pada dirinya sendiri. Masalah ini sangat penting dalam keperawatan jiwa karena dapat memengaruhi cara pasien berpikir, berperasaan, berperilaku, dan berinteraksi dengan lingkungan mereka. Kondisi ini dapat berkembang menjadi harga diri rendah jangka panjang dan membutuhkan intervensi keperawatan yang berkelanjutan jika berlangsung lama. (Trisongko et al., 2024)

Sementara itu menurut SDKI pada tahun 2016, Harga Diri Rendah Kronis di definisikan sebagai penilaian negative terhadap diri sendiri atau kemampuan individu, seperti merasa tidak berarti, tidak berdaya, tidak berharga yang berlangsung dalam jangka waktu yang panjang dan berkesinambungan.

Dari definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa Harga Diri Rendah adalah Ketika seseorang memiliki penilaian negatif terhadap dirinya sendiri, mereka merasa tidak berharga, tidak mampu, tidak percaya diri, pesimis, dan kurang berdaya untuk menjalani kehidupan. Kondisi ini dapat disebabkan oleh kehilangan kasih sayang, hubungan yang buruk dengan orang lain, perlakuan yang mengancam, atau berbagai pengalaman yang membuat seseorang memandang dirinya secara negatif. Harga diri rendah dapat berkembang menjadi masalah jangka panjang yang memengaruhi perilaku, hubungan sosial, cara berpikir, dan perasaan jika terus berlanjut.

Konsep Diri adalah gambaran mental individu tentang siapa dirinya, termasuk pemahaman tentang karakter, kemampuan, kelemahan, nilai-nilai dan perasaan terhadap dirinya sendiri. Komponen-komponen utama dari konsep diri meliputi (Rifka Alkhilyatul Ma'rifat, I Made Suraharta, 2024)

1. Citra Tubuh

Citra tubuh adalah persepsi seseorang terhadap tubuh mereka, baik secara sadar maupun tidak sadar. Ini termasuk persepsi mereka tentang ukuran, fungsi, batasan, dan objek yang terhubung sepanjang waktu.

2. Self – esteem (Harga Diri)

Harga diri adalah penilaian diri terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri. Orang akan merasa percaya diri yang tinggi dengan asumsi mereka sering mengalami prestasi. Sebaliknya, orang akan merasa rendah diri dengan asumsi mereka mengalami kekecewaan, tidak dihargai, atau tidak diakui oleh lingkungan.

3. Peran Diri

Peran adalah perkembangan dari sikap, perilaku, nilai, dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat sesuai posisinya di masyarakat. Peran memberikan sarana untuk berperan dalam lingkungan sosial dan merupakan cara untuk menguji identitas dengan memvalidasi pada orang yang berarti.

4. Identitas Diri

Kesadaran tentang diri sendiri yang dibentuk oleh persepsi dan penilaian seseorang tentang dirinya sendiri, serta kesadaran bahwa mereka berbeda dari orang lain, dikenal sebagai identitas diri. Yang dimaksud dengan kepribadian adalah gabungan dari semua gambaran lengkap tentang dirinya sendiri yang tidak dipengaruhi oleh pencapaian tujuan, sifat, jabatan, atau peran. Otonomi adalah kemampuan untuk memahami, mempercayai, menghormati, dan menerima diri sendiri.

5. Ideal Diri

Ideal diri dipengaruhi oleh budaya, keluarga, ambisi, keinginan, dan kemampuan seseorang untuk menyesuaikan diri dengan standar dan pencapaian masyarakat setempat. Ideal diri juga merupakan persepsi seseorang tentang apa yang harus dilakukan berdasarkan standar, aspirasi, tujuan, atau nilai yang dia yakini. Ideal diri akan menghasilkan keyakinan seseorang tentang dirinya sendiri ketika mereka hidup di sekitar norma sosial tertentu.

b. Jenis – jenis harga diri rendah

Harga diri rendah dibedakan menjadi dua jenis, yaitu harga diri rendah situasional dan harga diri rendah kronis (Relica & Mariyati, 2024)

1. Harga diri rendah situasional adalah ketika seseorang menganggap dirinya buruk karena sesuatu, seperti kegagalan, kehilangan, sakit, atau perubahan peran. Ini biasanya sementara dan disebabkan oleh masalah yang sedang dihadapi.
2. Harga diri rendah kronis adalah ketika perasaan negatif terhadap diri sendiri tetap, bertahan lama, dan sulit berubah. Pasien dengan kondisi ini biasanya merasa tidak berharga, tidak mampu, pesimis, dan kurang percaya diri.

c. Etiologi

Harga diri rendah dapat terjadi karena perasaan negatif tentang diri sendiri atau kemampuan diri selama periode waktu yang lama, yang dapat mengganggu kesehatan. Selama masa kanak-kanak, penyebab harga diri rendah juga dapat terjadi, ketika orang sering disalahkan dan jarang diberi pujian atas tindakan mereka. Selama masa kanak-kanak, seseorang mungkin merasa tidak dihargai, tidak diberi kesempatan, atau tidak diterima. Gagal di sekolah, pekerjaan, atau pergaulan sering terjadi di usia muda. (Rifka Alkhilyatul Ma'rifat, I Made Suraharta, 2024)

Menurut (Trisongko et al., 2024) Faktor penyebab harga diri rendah diantaranya sebagai berikut :

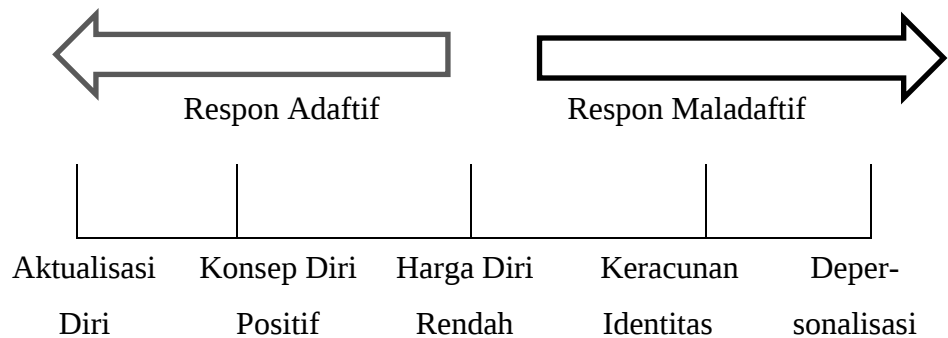
1. Faktor Predisposisi: Menurut literatur keperawatan jiwa, faktor predisposisi adalah latar belakang atau faktor sejarah yang memengaruhi individu secara bertahap dan menyebabkan kerentanan terhadap gangguan konsep diri.
 - Faktor Biologis: Riwayat genetik atau gangguan jiwa dalam keluarga (seperti gangguan bipolar atau skizofrenia), serta trauma kepala atau masalah neurotransmitter yang

mempengaruhi regulasi emosi dan suasana hati

- Faktor Psikologis: Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, seperti penolakan orang tua (*parental rejection*), kurangnya pujian atau apresiasi saat kecil, pola asuh yang terlalu menuntut (*overdemanding*), dan kegagalan berulang yang menghasilkan ideal diri yang tidak realistis.
 - Faktor Sosial Budaya termasuk tuntutan sosial yang tinggi, status ekonomi yang rendah, stigma masyarakat terhadap orang yang menderita gangguan jiwa, atau riwayat perundungan dan pengucilan dari lingkungan sekitar.
2. Faktor Presipitasi: Stimulus atau peristiwa penting yang terjadi baru-baru ini yang memicu manifestasi harga diri rendah dikenal sebagai faktor presipitasi. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan gangguan jiwa pada pasien termasuk:
- Trauma Kehilangan: Kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, atau kehilangan peran penting dalam keluarga dan masyarakat.
 - Ketegangan Peran: Perubahan peran yang signifikan atau transisi perkembangan yang tidak berhasil
 - Penurunan Fungsi Tubuh/Kesehatan: Mengalami sakit fisik yang terus-menerus, perubahan bentuk tubuh (*distorsi citra tubuh*), atau ketidakmampuan beraktivitas secara mandiri sebagai akibat dari fase depresi atau mania gangguan bipolar.
 - Kelemahan Koping Pasien: Ketidakmampuan individu untuk menangani stresor psikososial, yang diperburuk oleh kurangnya sistem pendukung keluarga yang adekuat.

d. Rentang Respon Harga Diri Rendah

Bagan 2. 1 Rentang Respon Harga Diri Rendah



Menurut , (Elvidiana, 2019) menjabarkan tentang respon adaptif dan maladaptif pada klien dengan harga diri rendah :

1) Respon Adaytif

- a. Aktualisasi Diri: Pernyataan diri tentang keyakinan positif tentang diri sendiri yang didasarkan pada pengalaman hidup yang sukses dan dapat diterima. Ini adalah bentuk respons adaptif tertinggi karena orang dapat mengekspresikan dan menggunakan semua yang mereka bisa.
- b. Konsep Diri Positif: Ini adalah cara seseorang melihat kelebihan dan kelemahan dirinya secara objektif. Ini juga mencakup kemampuan untuk menilai masalah secara rasional dan logis. Kondisi ini menunjukkan bahwa orang memiliki pengalaman yang sehat dengan menghargai diri mereka sendiri.
- c. Harga Diri Rendah berkembang menjadi respon maladaptif di mana orang mulai mengkritik diri sendiri dan memiliki pandangan negatif tentang diri mereka sendiri. Individu sering mengucapkan kata-kata pesimis seperti "saya bodoh", "saya pasti tidak bisa", atau "saya lebih rendah dari orang lain".
- d. Keracunan Identitas (Kekacauan Identitas): Ini adalah keadaan di mana seseorang mengalami kebingungan tentang peran

sosial dan tujuan hidupnya sendiri karena ketidakmampuan mereka untuk mengintegrasikan berbagai aspek identitas diri dan perkembangan kepribadiannya secara menyeluruh.

- e. Depersonalisasi Respon maladaptif yang paling parah ditandai dengan gangguan persepsi diri yang ekstrem. Individu mengalami kehilangan orientasi realitas tentang jati dirinya sendiri dan merasa asing atau terpisah dari tubuhnya sendiri.

e. Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah

Menurut (Zahro et al., 2022), Harga diri rendah adalah ketika seseorang melihat dirinya dengan cara yang negatif sehingga mereka merasa tidak berharga, tidak mampu, dan tidak percaya diri. Data objektif dan subjektif dapat menunjukkan kondisi ini. Berikut uraiannya:

1. Data subjektif mencakup keluhan atau komentar pasien, misalnya:
 - 1) Menilai diri sendiri dengan negatif.
 - 2) Merasa tidak memiliki nilai.
 - 3) Merasakan bahwa mereka tidak dapat melakukan apa pun.
 - 4) Merasa minder atau malu.
 - 5) Merasa tidak memiliki keunggulan.
 - 6) Meremehkan kemampuan dirinya.
 - 7) Menolak pujian dari orang lain.
2. Data objektif terdiri dari indikasi yang dapat dilihat dari perilaku pasien.
 - 1) Kurang kontak mata.
 - 2) Berjalan dengan postur tubuh menunduk atau berjalan dengan kepala menunduk.
 - 3) Terlihat lelah dan tidak bersemangat.
 - 4) Passive.
 - 5) Berbicara dengan suara pelan dan lirih.
 - 6) Membuat keputusan sangat sulit.

- 7) Lebih suka menyendiri atau menghindari orang lain.
- 8) Banyak kali mencari kekuatan dari orang lain.

f. Manifestasi Klinis

Menurut Ramadhani et.al (2021) tanda dan gejala pada harga diri rendah adalah :

- a) Data obyektif
 - 1) Penurunan produktivitas
 - 2) Destruktif yang diarahkan pada orang lain
 - 3) Rasa bersalah diri penting yang berlebih
 - 4) Rasa bersalah
 - 5) Mudah tersinggung atau marah yang berlebihan
 - 6) Ketegangan peran yang di rasakan
 - 7) Keluhan fisik
 - 8) Pandangan hidup yang bertentangan
 - 9) Penolakan terhadap kemampuan personal
 - 10) Pengurangan diri
 - 11) Penyalahgunaan zat
 - 12) Menarik diri dari realitas
- b) Data subyektif
 - 1) Mengkritik diri sendiri dan orang lain
 - 2) Gangguan dalam berhubungan
 - 3) Perasaan tidak mampu
 - 4) Perasaan negatif tentang dirinya sendiri
 - 5) Pandangan hidup yang pesimis

g. Mekanisme koping

Mekanisme Koping jangka panjang identitas negatif yaitu keyakinan negatif yang tidak sesuai dengan emosi seperti ansietas, bermusuhan, dan rasa bersalah (Sutejo 2017 dalam Zainudin et al., 2022).

Untuk keluar dari keterpurukan perlu menerapkan koping yang baik

dalam individu. Tetapi jika coping yang baik tidak mampu diterapkan pada individu maka akan mengakibatkan harga diri rendah (Zainudin et al, 2022)

h. Pohon masalah

Bagan 2. 2 Pohon Masalah Harga Diri Rendah

Defisit Perawatan Diri (Effect)

↑
Isolasi Sosial



Harga Diri Rendah (Core problem)



Koping Individu Tidak Efektif (Causa)

3. Konsep Defisit Perawatan Diri

a. Definisi

Defisit Perawatan Diri adalah Seseorang yang mengalami kesulitan atau ketidakmampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berpakaian, makan, dan toileting BAB/BAK (Rifka Alkhilyatul Ma'rifat, I Made Suraharta, 2024).

Defisit perawatan diri juga terjadi ketika seseorang mengalami kesulitan atau ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri sehari-hari yang diperlukan untuk tetap sehat dan bebas dari kuman & bakteri. Aktivitas perawatan diri ini termasuk mandi, berpakaian, makan, minum, membersihkan diri, menggunakan toilet, dan menjaga kebersihan diri secara umum.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SDKI (2022), Defisit perawatan diri adalah kondisi di mana seseorang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan tindakan yang berkaitan dengan

perawatan diri.

Defisit perawatan diri adalah ketika seseorang tidak dapat melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Seseorang yang mengalami defisit perawatan diri, mereka tidak dapat melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Defisit perawatan diri dibagi menjadi lima berdasarkan tingkat ketergantungan perawatan diri pasien, mulai dari yang terendah sampai yang paling tinggi, yaitu: perawatan mandiri, perawatan minimal, perawatan moderat, perawatan ekstensif, dan perawatan pasif. (Sari et al., 2021).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Defisit Perawatan Diri adalah kondisi seseorang yang tidak dapat melakukan aktivitas perawatan diri sehari-hari secara mandiri, seperti : mandi, berhias, makan, dan membersihkan diri (BAB/BAK). Kondisi ini disebabkan oleh gangguan fisik, kognitif, emosional, atau psikologis yang menghalangi pasien untuk menjaga kesehatan dan kebersihan diri. Akibatnya, intervensi keperawatan dibutuhkan secara bertahap untuk meningkatkan kemandirian pasien.

b. Etiologi

Menurut (Kustiawan et al.,2023) etiologi defisit perawatan diri dibagi menjadi dua yakni:

a. Faktor predisposisi

- a) Biologis, dimana defisit perawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang disebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri seperti : mandi,berhias,makan,BAB/BAK dan dikarenakan adanya faktor hereditas dimana terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
- b) Psikologis, adanya faktor perkembangan yang memegang peranan yang tidak kalah penting, hal ini dikarenakan keluarga

terlalu melindungi dan memanjakan individu tersebut sehingga perkembangan inisiatif menjadi terganggu. Klien yang mengalami defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang yang menyebabkan klien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.

- c) Sosial, kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan dalam merawat diri

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah kurang atau penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau preseptual, cemas, Lelah/ lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

c. **Tanda dan Gejala**

Tidak dapat menyelesaikan tugas perawatan diri seperti menjaga kebersihan tubuh, berpakaian, perawatan, makan, dan toileting adalah perilaku utama yang ditunjukkan oleh orang dengan masalah defisit perawatan diri.

Berikut beberapa penjelasan yang lebih jelasnya ;

1. Defisit Perawatan Diri: Mandi

Tanda Objektif:

- 1) Tubuh tidak bersih, berbau kotor
- 2) Ada lipatan kulit yang kotor (leher, ketiak, sela-sela jari)
- 3) Kringat berlebih dengan perlengkapan yang tidak diganti
- 4) Tidak melakukan pembersihan tubuh setelah BAB/BAK
- 5) Kulit tampak kusam, berdebu, atau berminyak
- 6) Tidak menggunakan sabun atau air saat membersihkan tubuh.

Tanda Subjektif:

- 1) Klien mengatakan "tidak mau mandi" atau "mandi saja tidak perlu"
- 2) Klien mengatakan "mandi itu sulit" atau "tidak ada tenaga untuk

mandi.

3) Klien menolak untuk mandi

2. Defisit Perawatan Diri: Berpakaian/Berhias

Tanda Objektif:

- 1) Pakaian tidak rapi, kusut, atau kotor
- 2) Pakaian tidak sesuai musim (terlalu tipis atau terlalu tebal)
- 3) Pakaian tidak sesuai ukuran (terlalu besar atau terlalu kecil)
- 4) Pakaian ada yang sobek, berlubang, atau tidak lengkap
- 5) Tidak menyisir atau merapikan rambut
- 6) Rambut berantakan, kotor, atau berminyak
- 7) Tidak menggunakan aksesoris yang diperlukan (kaus kaki, topi, jas)
- 8) Berhias tidak rapi atau tidak berhias sama sekali

Tanda Subjektif:

- 1) Klien mengatakan "tidak mau ganti pakaian"
- 2) Klien mengatakan "pakaian ini sudah cukup"
- 3) Klien menolak untuk berpakaian

3. Defisit Perawatan Diri: Makan

Tanda Objektif:

- 1) Tidak mampu memegang sendok/gelas secara mandiri
- 2) Makan tidak rapi, makanan tercecer
- 3) Tidak makan atau makan sangat sedikit
- 4) nafsu makan menurun (anoreksia)
- 5) Berat badan menurun signifikan
- 6) Tidak mampu membuka kemasan makanan
- 7) Tidak mampu menyiapkan makanan sendiri

Tanda Subjektif:

- 1) Klien mengatakan "tidak mau makan"
- 2) Klien mengatakan "tidak ada nafsu makan"
- 3) Klien mengatakan "makan terlalu sulit"
- 4) Klien mengatakan "tidak kuat makan"

4. Defisit Perawatan Diri: Toileting (BAB/BAK)

Tanda Objektif:

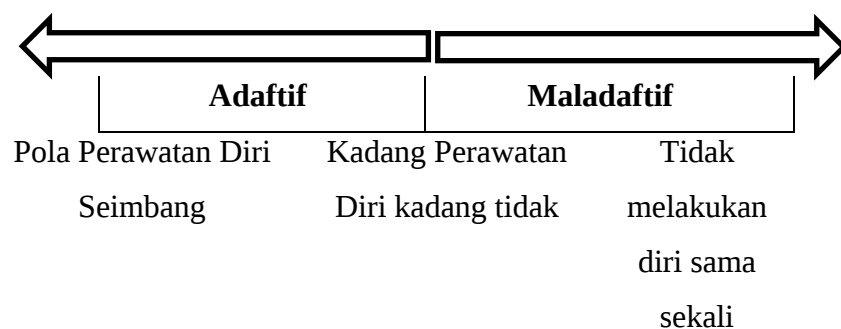
- 1) Tidak mampu membuka/menutup pakaian saat BAB/BAK
- 2) Tidak mampu membersihkan diri setelah BAB/BAK
- 3) BAB/BAK di tempat yang tidak sesuai (di lantai, di pakaian)
- 4) Pakaian kotor karena BAB/BAK yang tidak dibersihkan
- 5) Tempat toilet tidak bersih setelah digunakan
- 6) Tidak mampu menggunakan toilet

Tanda Subjektif:

- 1) Klien mengatakan "tidak bisa BAB/BAK sendiri"
- 2) Klien mengatakan "tidak mau ke toilet"
- 3) Klien mengatakan "toilet itu sulit"

d. Rentang Respon

Bagan 2. 3 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri



e. Klasifikasi Defisit Perawatan Diri

Klasifikasi Perawatan Diri dibagi menjadi 4 jenis :

- 1) Defisit Perawatan Diri Mandi : Gangguan kemampuan untuk menjaga kebersihan tubuh.
- 2) Defisit Perawatan Diri Berpakaian/Berhias : Gangguan kemampuan untuk berpakaian dan berhias.
- 3) Defisit Perawatan Makan : Gangguan kemampuan untuk makan sendiri.

- 4) Defisit Perawatan Diri Toileting : Gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas BAB/BAK.

f. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis defisit perawatan diri terjadi ketika individu mengalami ketidakmampuan untuk melakukan satu atau lebih aktivitas perawatan diri secara mandiri (Dewi & Riyanto, 2025).

Aktivitas perawatan diri yang dimaksud meliputi 4 komponen utama:

A. Aktivitas Mandi (Bathing):

- a. Pasien tidak mampu melakukan pembersihan tubuh secara mandiri
- b. Tidak mampu menggunakan sabun atau air untuk membersihkan diri
- c. Tidak melakukan pembersihan setelah buang air
- d. Tubuh menjadi tidak bersih dan berbau kotor
- e. Kulit tampak kusam, berdebu, atau berminyak
- f. Ada lipatan kulit yang kotor seperti di leher, ketiak, dan sela-sela jari

B. Aktivitas Berpakaian (Dressing)/Berhias (Grooming)

- a. Pasien tidak mampu mengenakan pakaian secara mandiri
- b. Pakaian yang digunakan tidak rapi, kusut, atau kotor
- c. Pakaian tidak sesuai dengan kondisi (terlalu tipis atau terlalu tebal)
- d. Pakaian ada yang sobek, berlubang, atau tidak lengkap
- e. Pasien tidak mampu memilih pakaian yang sesuai
- f. Pasien tidak mampu berhias secara mandiri
- g. Rambut tidak disisir atau tidak rapi
- h. Pada pasien laki-laki tidak bercukur
- i. Pada pasien perempuan tidak berdandan
- j. Kuku tidak terawat dan panjang

C. Aktivitas Makan (Eating):

- a. Pasien tidak mampu melakukan aktivitas makan secara mandiri
- b. Tidak mampu memegang sendok atau gelas
- c. Tidak mampu membuka kemasan makanan
- d. Tidak mampu menyiapkan makanan sendiri
- e. Makan berceceran atau tidak rapi
- f. Mungkin tidak makan atau makan sangat sedikit

D. Aktivitas Toileting BAB/BAK :

- a. Tidak mampu membuka/menutup pakaian saat BAB/BAK
- b. Tidak mampu membersihkan diri setelah BAB/BAK
- c. BAB/BAK di tempat yang tidak sesuai (di lantai, di pakaian)
- d. Pakaian kotor karena BAB/BAK yang tidak dibersihkan
- e. Tempat toilet tidak bersih setelah digunakan
- f. Tidak mampu menggunakan toilet

g. Dampak defisit perawatan diri

Martianingrum (2023) menyebutkan dampak yang sering muncul pada pasien dengan defisit perawatan diri yaitu:

1) Dampak fisik

Dampak fisik akibat kurangnya perawatan diri antara lain gangguan integritas kulit terlihat dari kulit terasa gatal, kemerahan, hingga muncul masalah kulit tertentu yang memerlukan perawatan lebih lanjut. Selain itu, dampak lainnya adalah gangguan membran mukosa mulut karena tidak pernah gosok gigi, infeksi pada mata, telinga dan gangguan fisik pada kuku

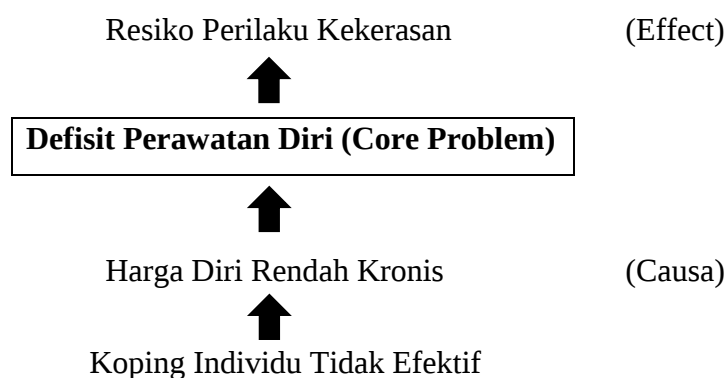
2) Dampak psikososial

Dampak psikososial akibat kurangnya perawatan diri anatara lain gangguan rasa nyaman, tidak terpenuhinya kebutuhan

mencintai dan dicintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial. Selain itu, defisit perawatan diri mengurangi Tingkat hidup mandiri, mengurangi kesempatannya untuk bekerja, dan berpartisipasi dalam lingkungan sosial mereka (Sari et al., 2021)

h. Pohon Masalah

Bagan 2. 4 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri



4. Konsep Koping Individu Tidak Efektif

a. Definisi

Koping individu tidak efektif yaitu Ketidakmampuan seseorang menilai dan merespon stresor/ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah. (SDKI,2017)

Koping individu tidak efektif adalah ketika seseorang mengalami kerusakan perilaku adaptif dan ketidakmampuan untuk memecahkan masalah dalam memenuhi tuntutan dan peran hidupnya. Istilah "koping tidak efektif" mengacu pada ketidakmampuan menilai dan merespon stressor.

Menurut (Carpenito-Moyet 2007) Dalam (Sutejo, 2019) Koping individu tidak efektif adalah keadaan dimana seorang individu mengalami atau berisiko mengalami ketidakmampuan dalam menangani stressor internal atau lingkungan dengan adekuat karena ketidakadekuatan sumber-sumber (fisik, psikologis, perilaku dan

kognitif).

Secara keseluruhan, koping individu tidak efektif terjadi karena individu tidak mampu menilai stresor secara akurat memilih respons yang tidak tepat, dan tidak dapat menggunakan sumber daya yang tersedia untuk mengatasi masalah. Akibatnya, intervensi keperawatan diperlukan untuk meningkatkan kemampuan koping dan adaptasi.

b. Etiologi

Menurut SDKI (2017) Koping Individu tidak efektif dapat disebabkan karena adanya :

1. Ketidakpercayaan kemampuan diri mengatasi masalah
2. Ketidakadekuatan sistem pendukung
3. Ketidakadekuatan sistem koping
4. Ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan
5. Ketidacukupan persiapan untuk menghadapi stresor
6. Disfungsi sistem keluarga
7. Krisis situasional
8. Krisis maturasional
9. Kerentanan personalitas
10. Ketidakpastian

c. Tanda dan Gejala

Menurut buku (SDKI,2017) Tanda dan Gejala koping tidak efektif adalah:

a) Gejala dan Tanda Major :

a. Subjektif:

- Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah

b. Objektif:

- Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia)
- Menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai

b) Gejala dan Tanda Minor :

a. Subjektif:

- Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar
- Kekhawatiran kronis

b. Objektif:

- Penyalahgunaan zat
- Manipulasi orang lain untuk memenuhi keinginannya sendiri
- Perilaku tidak asertif
- Partisipasi sosial kurang

d. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis meliputi :

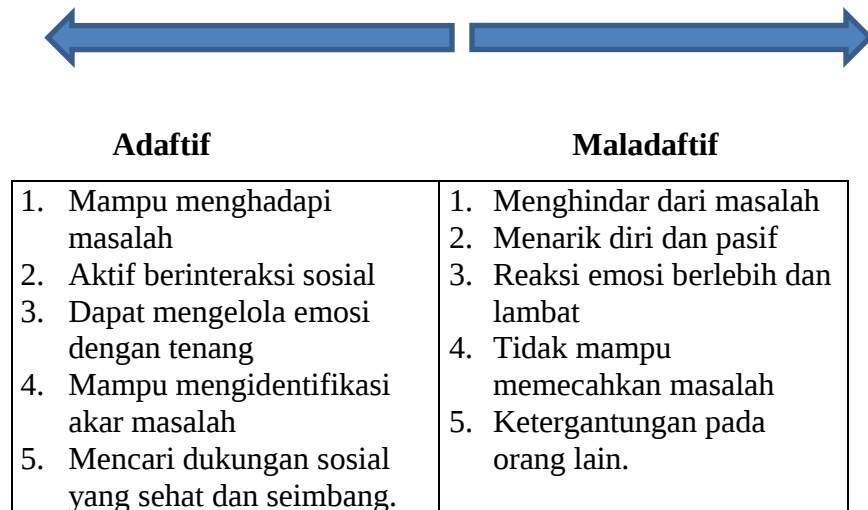
- a) respon afektif (perasaan tidak mampu, tidak berharga, depresi, cemas), respon fisiologis (kelelahan, kelemahan, keletihan)
- b) respon sosial (mengurung diri, isolasi sosial, menarik diri)
- c) respon kemampuan (ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar)
- d) respon komunikasi (tidak mampu mengungkapkan secara verbal).
- e) Masalah inti adalah koping individu tidak efektif yang berisiko menyebabkan harga diri rendah situasional/kronis, penyalahgunaan NAPZA, dan ketidakmampuan memenuhi peran sesuai usia.

e. Proses Terjadinya Koping Individu Tidak Efektif

Awal mula terjadinya dimulai dengan ketidakmampuan untuk menilai stresor dengan benar, memilih respons yang salah, ketidakmampuan untuk menggunakan sumber daya yang tersedia, dan koping yang tidak efektif. Displacement, sublimasi, depresi, denial, dan reaksi formasi adalah mekanisme koping yang tidak sesuai.

f. Rentang Respon

Bagan 2. 5 Rentang Respon Koping Individu Tidak Efektif



Keterangan :

1. Adaptif

1) Mampu menghadapi masalah

Artinya seseorang tidak lari dari masalah; sebaliknya, mereka berani menghadapi masalah tersebut, menilai keadaan dengan tenang, dan kemudian mengambil tindakan untuk menyelesaikannya.

2) Aktif berinteraksi sosial

Artinya seseorang tetap ingin berinteraksi dengan orang lain, berbicara, berbagi pendapat, dan tidak menarik diri dari lingkungannya.

3) Dapat mengelola emosi dengan tenang

Artinya seseorang dapat mengendalikan perasaan seperti marah, cemas, sedih, atau kecewa dengan tenang.

4) Mampu mengidentifikasi akar masalah

Artinya seseorang dapat mengenali sumber masalah utama, bukan hanya gejalanya.

5) Mencari dukungan sosial yang sehat dan seimbang

Artinya seseorang dapat meminta bantuan, saran, atau dukungan dari teman, keluarga, atau profesional kesehatan tanpa bergantung terlalu banyak pada mereka.

2. Maladaftif

1) Menghindar dari masalah

Artinya seseorang cenderung menghindari berurusan dengan masalah secara langsung. Ia cenderung menunda, menolak, atau mengabaikan masalah, yang menyebabkan penyelesaiannya tidak tuntas dan justru menjadi lebih sulit.

2) Menarik diri dan pasif

Artinya seseorang tidak ingin berinteraksi dengan orang lain, tetap diam, dan tidak terlibat dalam kegiatan sosial yang aktif. Dengan perspektif ini, seseorang tampak sendirian, tidak terlibat, dan sulit menerima bantuan dari orang-orang di sekitar mereka.

3) Reaksi emosi berlebih dan lambat

Artinya seseorang menunjukkan reaksi emosi yang tidak seimbang terhadap masalah, seperti terlalu marah, menangis terlalu banyak, atau panik, atau malah sangat lambat menanggapi situasi. Ini menunjukkan bahwa seseorang tidak mengelola emosi mereka dengan baik.

4) Tidak mampu memecahkan masalah

Berarti seseorang menghadapi kesulitan untuk mengenali dasar masalah dan tidak mengetahui langkah apa yang harus diambil untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu, masalah sering dibiarkan, diulang, atau diselesaikan dengan cara yang salah.

5) Ketergantungan pada orang lain

Berarti seseorang terlalu bergantung pada orang lain untuk mendapatkan bantuan, membuat keputusan, atau memberi nasihat.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu penentuan status kesehatan dan pola pertahanan klien, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan klien, serta merumuskan diagnosa keperawatan. Data yang dikumpulkan saat pengkajian dalam keperawatan jiwa merupakan data yang holistik meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Anipah, 2024)

1. Identitas meliputi :

- a. Identitas Klien, meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, status perkawinan, suku bangsa, alamat, nomor rekam medis, tanggal masuk, tanggal pengkajian, Diagnosa Medis.
- b. Identitas penanggung jawab : Nama, umur, pendidikan, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien.

2. Keluhan utama/alasan masuk

Biasanya pasien datang ke rumah sakit jiwa atau puskesmas dengan alasan masuk pasien sering menyendiri, tidak berani menatap lawan bicara, sering menunduk dan nada suara rendah, Merasa dirinya tidak berharga lagi.

3. Faktor predisposisi

Faktor Predisposisi mencakup kondisi sosiokultural, biokimia, psikologis dan gejala genetis yang membentuk ambang toleransi stres serta ragam sumber daya coping pada individu.

a. Riwayat gangguan jiwa

Biasanya pasien dengan harga diri rendah memiliki riwayat gangguan jiwa dan pernah dirawat sebelumnya.

b. Pengobatan

Biasanya pasien dengan harga diri rendah pernah memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya, namun pengobatan klien belum berhasil.

c. Aniaya

Biasanya pasien dengan harga diri rendah pernah melakukan, mengalami, menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal.

d. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Biasanya ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang sama dengan pasien.

e. Pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan

Biasanya pasien dengan harga diri rendah mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan pada masa lalu seperti kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan serta tidak tercapainya ideal diri merupakan stressor psikologik bagi klien yang dapat menyebabkan gangguan jiwa.

4. Pengkajian fisik

Tanda tanda vital: Biasanya tekanan darah dan nadi pasien dengan harga diri rendah meningkat.

5. Pengkajian psikososial

a) Genogram

Biasanya menggambarkan garis keturunan keluarga pasien, apakah ada keluarga pasien yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami pasien.

b) Konsep diri

a) Gambaran diri

Biasanya pasien dengan harga diri rendah akan mengatakan tidak ada keluhan apapun

b) Identitas diri

Biasanya pasien dengan harga diri rendah merasa tidak berdaya dan rendah diri sehingga tidak mempunyai status yang di banggakan atau diharapkan di keluarga maupun di masyarakat.

c) Peran

Biasanya pasien mengalami penurunan produktifitas,

ketegangan peran dan merasa tidak mampu dalam melaksanakan tugas.

d) Ideal diri

Biasanya pasien dengan harga diri rendah ingin diperlakukan dengan baik oleh keluarga maupun masyarakat, Sehingga pasien merasa dapat menjalankan perannya di keluarga maupun di masyarakat.

e) Harga diri

Biasanya pasien dengan harga diri rendah kronis selalu mengungkapkan hal negatif tentang dirinya dan orang lain, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimis serta penolakan terhadap kemampuan diri. Hal ini menyebabkan pasien dengan harga diri rendah memiliki hubungan yang kurang baik dengan orang lain sehingga pasien merasa dikucilkan di lingkungan sekitarnya.

c) Hubungan sosial

- 1) Pasien tidak mempunyai orang yang berarti untuk mengadu atau meminta dukungan
- 2) Pasien merasa berada di lingkungan yang mengancam
- 3) Keluarga kurang memberikan penghargaan kepada klien
- 4) Pasien sulit berinteraksi karena berperilaku kejam dan mengeksploitasi orang lain

d) Spiritual

Biasanya pasien merasa perjalanan hidupnya penuh dengan ancaman, tujuan hidup biasanya jelas, kepercayaannya terhadap sakit serta dengan penyembuhannya. Pasien mengakui adanya tuhan, putus asa karena tuhan tidak memberikan sesuatu yang diharapkan dan tidak mau menjalankan kegiatan keagamaan.

6. Status mental

1) Penampilan

Biasanya pasien dengan harga diri rendah penampilannya tidak

rapi, tidak sesuai karena klien kurang minta untuk melakukan perawatan diri. Kemuduran dalam tingkat kebersihan dan kerapian dapat merupakan tanda adanya depresi atau skizoprenia

2) Pembicaraan

Biasanya pasien berbicara dengan frekuensi lambat, tertahan, volume suara rendah, sedikit bicara, inkoheren, dan bloking.

3) Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motorik pasien tegang, lambat, gelisah, dan terjadi penurunan aktivitas interaksi.

4) Alam perasaan

Pasien biasanya merasa tidak mampu dan pandangan hidup yang pesimis

5) Afek pasien

Biasanya tumpul yaitu klien tidak mampu berespon bila ada stimulus emosi yang bereaksi.

6) Interakasi selama wawancara

Biasanya pasien dengan harga diri rendah kurang kooperatif dan mudah tersinggung.

7) Persepsi

Biasanya pasien dengan harga diri rendah kadang suka mengalami halusinasi dengar/lihat yang mengancam atau memberi perintah.

8) Proses pikir

Biasanya pasien dengan harga diri rendah terjadi pengulangan pembicaraan (perseverasi) disebabkan karena pasien kurang kooperatif dan bicara lambat sehingga sulit dipahami.

9) Isi pikir

Biasanya pasien merasa bersalah dan khawatir, menghukum atau menolak diri sendiri, mengejek dan mengkritik diri sendiri.

10) Tingkat kesadaran

Biasanya tingkat kesadaran pasien stupor (gangguan motorik seperti ketakutan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh klien dalam sikap canggung yang dipertahankan dalam waktu lama tetapi klien menyadari semua yang terjadi di lingkungannya).

11) Memori

Biasanya pasien dengan harga diri rendah umumnya tidak terdapat gangguan pada memorinya, baik memori jangka pendek ataupun memori jangka panjang.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Biasanya tingkat konsentrasi terganggu dan mudah beralih atau tidak mampu mempertahankan konsentrasi dalam waktu lama, karena merasa cemas. Dan biasanya tidak mengalami gangguan dalam berhitung.

13) Kemampuan menilai

Biasanya gangguan kemampuan penilaian ringan (dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain, contohnya: berikan kesempatan pada pasien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi, setelah diberikan penjelasan pasien masih tidak mampu mengambil keputusan) jelaskan sesuai data yang terkait. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

14) Daya tilik diri

Biasanya pasien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu meminta pertolongan/pasien menyangkal keadaan penyakitnya, pasien tidak mau bercerita penyakitnya.

7. Mekanisme koping

Pasien dengan harga diri rendah biasanya menggunakan mekanisme koping maladaptif yaitu dengan minum alkohol, reaksi

lambat, menghindar dan mencederai diri.

8. Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya pasien mempunyai masalah dengan dukungan dari keluarganya. Pasien merasa kurang mendapat perhatian dari keluarga. Pasien juga merasa tidak diterima di lingkungan karena penilaian negatif dari diri sendiri dan orang lain.

9. Kurang pengetahuan

Biasanya pasien dengan harga diri rendah tidak mengetahui penyakit jiwa yang ia alami dan penatalaksanaan program pengobatan.

10. Aspek medik

Biasanya pasien dengan harga rendah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Pasien dengan diagnosa medis Bipolar Afektif biasanya klien mendapatkan Stelosi 2x5 mg, Heximer 2x5 mg, Nuzip 1x25 mg.

2. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah.

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa merupakan sebuah pernyataan yang menjelaskan tanggapan individu atau kelompok terhadap status kesehatan atau resiko perubahan pola, dimana perawat bertanggung jawab secara *akuntabel* untuk mengidentifikasi dan memberikan intervensi yang tepat guna menjaga kesehatan, mengurangi risiko, membatasi, mencegah dan mengubahnya. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan harga diri rendah diantaranya adalah :

- a) Harga diri rendah
- b) Defisit Perawatan Diri
- c) Koping Individu tidak efektif

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan adalah Segala perawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan.(PPNI,2018)

Intervensi Keperawatan adalah Semua tindakan asuhan yang dilakukan perawat atas nama klien. Tindakan ini dilakukan dengan tujuan memberikan tingkat kesehatan saat ini ke tingkat yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan (sebastian, 2020) Perencanaan tindakan keperawatan :

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	1. Klien dapat membina hubungan saling percaya . 2. Klien dapat menilai kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan klien : 1. Ekspresi wajah bersahabat menunjukan rasa senang, kontak mata ada, mau berjabat tangan, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi. 2. Klien mampu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.	1. Membina hubungan saling percaya dengan : a. Mengucapkan salam terapeutik b. Berjabat tangan c. Menjelaskan tujuan interaksi d. Membuat kontak topik, waktu dan setiap kali bertemu klien SP I 2. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien a. Mendiskusikan bahwa pasien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan klien dirumah, adanya keluarga & lingkungan terdekat klien. b. Beri pujian yang realistis dan hindarkan kata	1. Untuk menumbuhkan kepercayaan klien kepada perawat sehingga klien bersedia berinteraksi dan bekerja sama dalam proses keperawatan 2. Mengekplorasi kemampuan positif yang dimiliki klien

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			klien lakukan secara mandiri, mana kegiatan yang memerlukan bantuan minimal, dari keluarga dan kegiatan apa saja yang perlu bantuan penuh keluarga/ lingkungan terdekat klien. 5. Melatih kemampuan yang di pilih klien a. Mendiskusikan dengan klien untuk melatih kemampuan yang di miliki b. Bersama klien memperagakan kegiatan yang ditetapkan c. Berikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dapat dilakukan klien. 6. Membantu menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih	5. Memberikan reinforcement atas kemampuan yang sudah di pilihnya. 6. Untuk membantu mengontrol klien dalam melakukan kegiatannya.

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			a. Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan b. Memberikan pujian atas aktifitas atau kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari c. Tingkatkan kegiatan sesuai toleransi d. Susun daftar aktifitas yang sudah dilakukan bersama SP II 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih kemampuan kedua 3. Menganjurkan klien memasukan dalam kegiatan harian	SP II Untuk mengetahui kemampuan dan kepatuhan klien dalam melaksanakan kegiatan yang telah di jadwalkan serta mengevaluasi efektivitas intervensi yang diberikan.
Defisit Perawatan Diri	1. Klien dapat mengenal tentang pentingnya kebersihan diri.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan klien mampu : 1. Klien mampu menyebutkan pentingnya kebersihan diri	SP I : Melatih klien cara – cara perawatan kebersihan diri a. Menjelaskan kepada klien pentingnya menjaga kebersihan diri	SP 1 : Untuk mengetahui sejauh mana klien mengetahui bagaimana cara melakukan perawatan dasar yang di ketahui klien

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab ketidakmauan klien dalam merawat kebersihan dirinya. 3. Klien dapat melakukan kebersihan perawatan diri secara mandiri. 4. Klien dapat mempertahankan kebersihan diri secara mandiri.	2. Klien mampu berusaha untuk memelihara kebersihan diri, yaitu : • Mandi pakai sabun dan disiram dengan air sampai dengan air sampai bersih. • Mengganti pakaian bersih sehari sekali dan merapikan penampilan. 3. Klien mampu melakukan perawatan kebersihan diri secara rutin dan teratur tanpa anjuran. • Mandi pagi dan sore • Ganti baju setiap hari • Penampilan bersih dan rapih 4. Klien selalu tampak bersih dan rapih	b. Menjelaskan alat – alat untuk menjaga kebersihan diri c. Menjelaskan cara – cara melakukan kebersihan diri d. Melatih klien mempraktekan cara menjaga kebersihan diri SP II : Melatih klien berhias dan berdandan a. Menjelaskan kepada klien cara unuk berhias dan berdandan b. Untuk klien laki – laki meliputi : Berpakaian, Menyisir rambut, Bercukur c. Untuk klien perempuan meliputi : Berpakaian, Menyisir rambut, Berhias SP III : Melatih klien makan secara mandiri a. Menjelaskan cara mempersiapkan makan	SP II : Untuk menjaga kebersihan klien dengan cara melatih klien berhias dan berdandan SP III : Dengan mengajarkan klien tata tertib makan, klien diharapkan bisa disiplin dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	5. Klien dapat dukungan keluarga dalam meningkatkan kebersihan diri.	5. Keluarga selalu mengingat hal-hal yang berhubungan dengan kebersihan diri	b. Menjelaskan cara makan yang tertib c. Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan d. mempraktikan makan sesuai dengan tahapan makan yang baik SP IV : Mengajarkan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri a. Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai b. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK c. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB/BAK.	SP IV : Dengan mengajarkan klien BAB/BAK secara mandiri diharapkan klien bisa melakukan pola eliminasi dengan baik.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan meliputi Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pelaksanaan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien mengatasi masalah medis yang dialami. Implementasi keperawatan membutuhkan keterampilan kognitif, interpersonal, dan psikomotor. Menurut (Manullang, 2020)

Implementasi keperawatan adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang lebih yang telah di tetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan melakukan teknik, psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi. (Anggit,2021).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan merupakan 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.(Purwandari et al., 2022).

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai berikut ;

- S (Subjektif) : Tanggapan subjektif pasien terhadap intervensi keperawatan yang diberikan, termasuk persepsi dan perasaan pasien atas hasil tindakan.

- O (Objektif) : Data yang diperoleh dari hasil observasi atau pemeriksaan yang menggambarkan respon nyata pasien terhadap intervensi.
- A (Assesment) : Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masih ada atau telah teratasi atau malah muncul masalah baru.
- P (Planing) : Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon pasien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa :

- Rencana teruskan, jika masalah tidak berubah.
- Rencana di modifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijelaskan tapi hasil belum memuaskan
- Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada, serta diagnosa dibatalkan.
- Rencana atau Diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang perlu dilakukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

7. 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)

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Laporan Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Tn. I
Umur	: 41 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki – Laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Status	: Kawin
Pekerjaan	: Disk jockey (DJ)
Alamat	: Buah Batu, Margacinta
Tanggal Masuk	: 19 Februari 2026
Tanggal Pengkajian	: 09 Mei 2026
No RM	: -
Diagnosa Medis	: Afektif Bipolar

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. A
Jenis Kelamin	: Perempuan
Umur	: 61 Tahun
Alamat	: Buah Batu, Margacinta
Pekerjaan	: Wiraswasta
Hubungan dengan klien:	Ibu

b. Alasan Masuk

Klien masuk ke Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut pada tanggal 19 Februari 2026 diantar oleh ibu dan istrinya dengan keluhan sebelumnya klien mendapatkan kekerasan dari Pembina tempat beliau dirawat yaitu

di rumah singgah kajirasa Sumedang. Karena, klien menolak saatdiperintah untuk beres-beres oleh Pembina disana. Tampak terdapat luka jahitan dibagian telinga kiri

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 9 Mei 2026 Pukul 10.00 WIB, Pada awal interaksi klien Afek klien datar, kontak mata kurang, saat diajak berbicara hanya menjawab secukupnya dan hanya menjawab pertanyaan yang ditanyakan saja, Klien mengungkapkan perasaan malu dan menyesal karena pernah memakai Narkoba, Klien mengatakan merasa tidak berguna karena belum bisa jadi ayah yang baik untuk putrinya dan belum bisa jadi suami yang baik untuk istrinya, Klien juga mengatakan kurang percaya diri dan takut tidak diterima oleh orang lain.

c. Faktor Predisposisi

1) Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu? Ya

Klien memakai narkoba dari tahun 2007-2019 yang menjadi faktor pencetus klien yang menyebabkan regulasi emosi klien terganggu. Sebelum dibawa ke tempat rehabilitasi, klien mengatakan klien suka sakau dan sering marah-marah sama istrinya. Oleh karena itu klien dibawa oleh ibunya ke tempat rehabilitasi untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

2) Pengobatan Sebelumnya

Klien mengatakan pengobatan sebelumnya kurang berhasil. Klien pernah dirawat di panti rehabilitasi putra tasik selama 2 Tahun dari 2019-2021, Balandongan tasik 1 Tahun pada 2022 , Pesantren Majalaya 7 bulan, RSJ Cisarua 7 bulan pada 2023, Rumah singgah sumedang selama 2 tahun.

3) Aniaya Fisik

Klien mengatakan pernah mengalami kekerasan oleh Pembina panti rehab sebelumnya.

4) Aniaya Sex

Klien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku maupun korban aniaya sex.

5) Penolakan

Klien mengatakan merasa ditolak oleh keluarga nya karena klien pernah menyalahgunakan narkoba.

6) Kekerasan dalam keluarga

Klien mengatakan pernah melakukan kekerasan verbal kepada istrinya tetapi tidak sampai melukai secara fisik.

7) Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

Klien mengatakan di dalam anggota keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.

8) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan malu kuliahnya tidak tuntas hanya 2 semester saja dan hanya bisa bekerja sebagai DJ di Club malam yang mengakibatkan klien sulit berhenti mengonsumsi narkoba.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Baik

2) Tanda – Tanda vital

Tekanan Darah : 110/85

Nadi : 86x/menit

Suhu : 36,7 C

Respirasi : 21x/menit

3) Pemeriksaan antropometri

Tinggi Badan : 170 cm

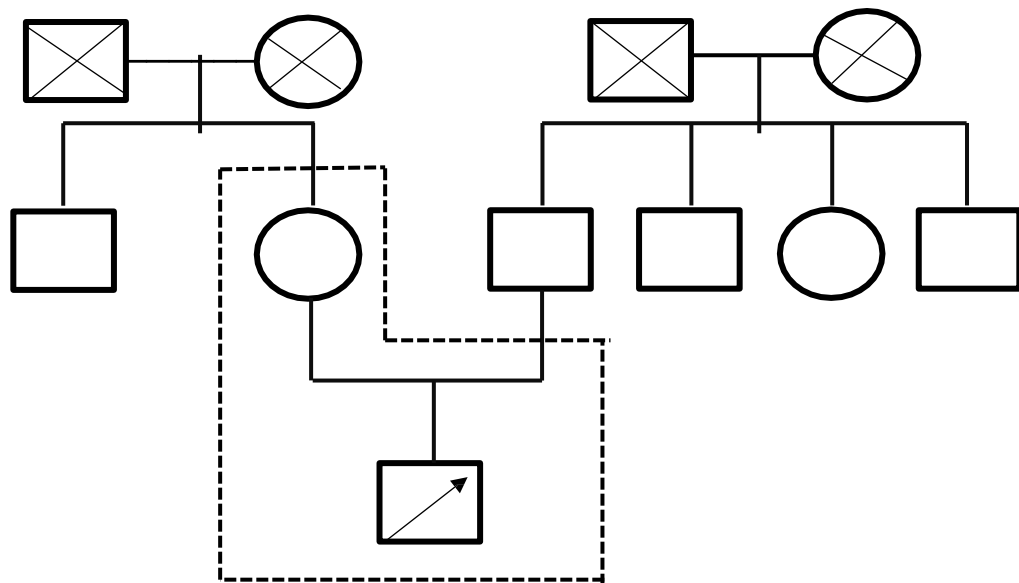
Berat badan : 65 Kg

4) Keluhan Fisik

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan sakit dibagian telinganya, Klien mengatakan tangan nya selalu tremor.

e. Psikososial

1) Genogram

Bagan 3. 1 Genogram

Keterangan :



Keterangan :

Klien merupakan anak tunggal, orang tua klien sudah berpisah pada tahun 2009. Klien mengatakan di keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat gangguan jiwa selain klien, Klien sudah menikah dan sudah memiliki satu anak, klien masih tinggal serumah dengan ibunya, tetapi dari tahun 2019 sampai sekarang klien masih menjalani perawatan dari tempat satu ke tempat lain,

dan untuk sekarang klien sedang menjalani perawatan di Klinik Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

2) Konsep Diri

a). Citra Tubuh

Klien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya, terutama di bagian hidung karena mancung.

b). Identitas Diri

Klien mengatakan status dan posisinya sebelum dirawat di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie sebagai Kepala keluarga, Klien mengatakan dirinya adalah seorang laki-laki berusia 41 Tahun dan merupakan anak tunggal.

c). Peran Diri

Sebagai seorang kepala keluarga klien merasa belum memenuhi tanggung jawabnya sebagai seorang ayah untuk anaknya dan juga sebagai seorang suami untuk istrinya.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

d). Ideal Diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh dan ingin segera kembali berkumpul lagi bersama keluarganya, Klien berharap bisa memulai kehidupan barunya lagi setelah keluar dari panti rehabilitasi ini.

e). Harga Diri

Klien mengatakan merasa dirinya tidak berguna karena belum bisa menjadi ayah yang baik untuk anaknya dan belum bisa menjadi suami yang baik untuk istrinya.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

3) Hubungan Sosial

a) Orang yang berarti/ terdekat

Klien mengatakan semenjak menikah orang yang paling berarti dan yang paling dekat di hidupnya yaitu istrinya dan Ketika di klinik rehabilitasi ini klien mengatakan

orang yang paling dekat denganya adalah Tn.Y.

b) Peran serta dalam kelompok/ masyarakat

Klien mengatakan ketika dulu di lingkungan rumahnya klien sesekali suka aktif terlibat dan mengikuti kegiatan di masyarakat, tetapi ketika di Yayasan Nur Illahie Assanie klien jarang mengikuti kegiatan di yayasan kecuali kalau ada yang mengajaknya.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan mengalami hambatan dengan orang lain karena kurang percaya diri, takut tidak diterima oleh orang lain, takut salah dalam berbicara, klien mau berinteraksi jika diajak berbicara duluan dan klien lebih banyak tidur dari pada berkumpul dengan yang lain.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

f. Spiritual

a) Nilai dan Keyakinan

Klien mengatakan bahwa klien beragama islam dan memiliki keyakinan untuk selalu beribadah dan berdo'a bisa mempercepat proses penyembuhannya.

b) Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan selalu melaksanakan shalat 5 waktu tanpa dorongan dan paksaan dari yang lain, rutin mengikuti pengajian di yayasan setiap hari kamis dan jum'at.

g. Status Mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan kurang rapih, penggunaan baju tidak rapih, baju klien tampak lusuh dan kotor, klien mandi 1 atau 2 hari sekali tetapi jarang menggunakan shampoo dan sabun, tampak rambut klien berminyak dan berketombe, klien mengatakan mengganti pakaian 3 hari sekali, klien tampak sesekali menggaruk garuk badan, tampak tercium bau keringat

ketika di dekat klien, tampak kumis dan jenggot sudah panjang, kuku tampak panjang dan kotor.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

2) Pembicaraan

Saat diajak berinteraksi klien hanya menjawab pertanyaan secukupnya dan hanya menjawab pertanyaan yang ditanyakan saja. Klien menjawab pertanyaan dengan cepat dan singkat

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

3) Aktivitas Motorik

Klien tampak lesu dan tidak bersemangat, Tampak jari-jari tangan klien tremor.

4) Alam Perasaan

Klien mengatakan perasaannya saat ini sedang sedih karena kangen sama anaknya, klien juga khawatir dan putus asa terhadap kehidupannya setelah nanti keluar dari sini.

5) Afek

Afek Datar, klien tampak tidak bersemangat dan raut mukanya tetap sama.

6) Interaksi selama wawancara

Selama dilakukan wawancara klien mau menjawab pertanyaan, berbicara secukupnya, kontak mata kurang.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

7) Persepsi

Klien mengatakan tidak ada halusinasi

8) Proses pikir

Pada saat pengkajian klien berbicara sedikit berbelit-belit tetapi sampai tujuan.

9) Isi pikir

Klien dapat mengontrol isi pikirannya, keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi di lingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya.

10) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran klien baik, klien menyadari bahwa dirinya sedang dirawat di Klinik Nur Illahie Assani Samarang Garut, klien juga mengenali beberapa orang yang ada di klinik.

11) Memori

Jangka panjang : klien mampu mengingat kejadian 1 bulan yang lalu, klien mengatakan dirinya ada di rumah singgah kajirasa sumedang.

Jangka pendek : klien mampu mengingat kejadian 1 minggu yang lalu ada yang berulang tahun.

Saat ini : klien dapat mengingat kejadian pada pagi hari ada kegiatan senam.

12) Tingkat konsentrasi berhitung

Pada saat diberi pertanyaan berhitung (penjumlahan dan pengurangan) klien mampu menjumlahkan dan mengurangi angka yang ditanyakan dengan benar. (100-7 tiga kelipatan, klien mampu menjawab 93,86,79)

13) Kemampuan menilai

Klien mampu menilai sesuatu dan mengambil keputusan sederhana seperti akan mandi dulu atau makan dulu (klien menjawab lebih memilih mandi dulu baru makan) dan mampu menentukan tempat untuk berbincang bincang.

14) Daya tilik

Klien menyadari apa yang dialaminya saat ini dan merasa perlu perawatan untuk sembuh kembali.

h. Mekanisme koping

1) Adaftif :

- a) klien mampu berinteraksi dengan yang lain, tetapi harus diajak terlebih dahulu.
- b) klien mampu mengikuti kegiatan yang diadakan oleh klinik

c) klien mampu melakukan ibadah

2) Maladaftif

a) ketika ada masalah klien lebih memilih menyendiri atau tidur dikamar tidurnya.

b) Klien tidak mau turun kebawah mengikuti kegiatan lainnya.

i. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1) Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan ketika di Yayasan Nur Illahi Assanie tidak ada masalah dengan yang lain.

2) Masalah berhubungan dengan lingkungan

Klien mengatakan ada hambatan dengan lingkungan karena kurang percaya diri ketika berkumpul dengan yang lain.

3) Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan putus kuliah di semester 2 karena ketahuan memakai narkoba.

4) Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan sebelum-sebelumnya tidak ada masalah dengan pekerjaannya klien mengatakan nyaman dengan pekerjaannya sebagai seorang DJ, tetapi karena pekerjaannya itu yang menyebabkan klien kecanduan narkoba.

5) Masalah dengan lingkungan rumah

Klien mengatakan dirinya malu jika nanti pulang lagi ke rumah karena takut menjadi bahan cemoohan tetangganya.

6) Masalah dengan ekonomi

Klien mengatakan dapat mencukupi kebutuhan rumah tangganya dari hasil kerja kerasnya.

7) Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan jarang berobat ke fasilitas kesehatan yang ada.

8) Kurang pengetahuan

Klien mengatakan kurang paham tentang yang di deritanya, klien juga bertanya mengapa dirinya di Rehab sangat lama, klien bertanya manfaat obat yang diminum.

j. Kebutuhan pulang

1) Makan

Klien makan sendiri, Makan habis 1 porsi, Frekuensi makan 3x sehari.

2) BAB/BAK

Klien BAB/BAK secara mandiri tanpa bantuan, ke kamar mandi, frekuensi BAK $\pm$ 4x/hari, frekuensi BAB 1x/hari.

3) Mandi

Klien mandi 1x sehari kadang 2 hari sekali, tetapi jarang menggunakan sabun dan shampo.

4) Berpakaian dan berhias

Klien ganti baju 2/3 hari sekali, klien perlu diingatkan untuk merapikan pakaiannya, klien juga kurang memperhatikan kerapian kumis dan jenggot karena tampak sudah panjang, kuku klien tampak panjang dan kotor.

5) Istirahat dan Tidur

Tidur siang : 13.35 – 15.00 WIB

Tidur malam : 20.00 – 06.30 WIB

Aktivitas sebelum tidur klien biasanya melaksanakan sholat, menonton tv dan aktivitas setelah bangun yaitu mandi, makan, minum obat, cek tanda tanda vital, senam pagi.

6) Penggunaan Obat

Klien mampu meminum obat secara mandiri dan diawasi oleh perawat, klien minum obat 1-0-1 hari yaitu pagi dan sore 1-0-1 (08.00, 17.00) Jenis obat yang di minum diantara-Nya :

1. Stelosi (2x5 mg) 1-0-1 (08.00, 17.00)

2. Heximer (2x5 mg) 1-0-1 (08.00,17.00)

3. Nuzip (1x2mg) 0-0-1 (17.00)

7) Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan jika sudah keluar dari Yayasan Nur Illahie ini akan melakukan pemeriksaan secara teratur dan menuruti anjuran dokter untuk minum obat secara teratur.

8) Aktivitas di dalam rumah

Klien mengatakan setelah pulang ia akan membantu istrinya menjaga kerapihan rumah (menyapu,mengepel, mencuci piring.)

9) Aktivitas di luar rumah

Klien mengatakan apabila ia sudah sembuh dan keluar dari sini ingin kembali lagi bekerja.

k. Aspek Medis

1) Diagnosa Medis : Bipolar

2) Terapi Medis

Tabel 3. 1 Therapi Medis

No	Nama Obat	Dosis	Waktu	Kegunaan	Efek Samping
1.	Stelosi	5 mg	1-0-1 (08.00, 17.00)	Untuk membantu pasien menjadi lebih tenang dan mengurangi gejala psikotik, membantu mengurangi gangguan perilaku yang dapat mengganggu hubungan sosial dan aktivitas sehari-hari.	Pusing,mulut kering,mual, penglihatan kabur,penambahan berat badan.

No	Nama obat	Dosis	Waktu	Kegunaan	Efek samping
2.	Heximer	5 mg	1-0-1 (08.00, 17.00)	Mengurangi gejala ekstrapiramidal (EPS) akibat penggunaan obat antipsikotik seperti kekakuan otot, tremor, gangguan gerak.	Mulut kering, sembelit, pusing/mengantuk, sulit BAK, jantung berdebar.
3.	Nuzip	25 mg	0-0-1 (17.00)	Mengurangi gejala mania dan psikosis, Menstabilkan perilaku, Mengurangi agitasi, Membantu pasien lebih kooperatif dan mampu berinteraksi dengan lingkungan.	Mengantuk, lemas, pusing, nafsu makan meningkat, sembelit, mulut kering

2. Analisa Data

Tabel 3. 2 Analisa Data

No.	Data	Masalah
1.	Data Subjektif : 1. Klien mengatakan malu dan menyesal karena pernah memakai Narkoba 2. Klien mengatakan merasa tidak berguna karena belum bisa jadi ayah yang baik untuk putrinya dan belum bisa jadi suami yang baik untuk istrinya 3. Klien mengatakan kurang percaya diri dan takut tidak diterima oleh orang lain. Data Objektif : 1. Klien hanya menjawab pertanyaan secukupnya 2. Klien tampak lesu dan tidak bersemangat saat diajak berbicara 3. Klien tampak lebih sering menghabiskan waktunya untuk tidur 4. Kontak mata kurang 5. Tampak tangan klien tremor	Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis
2.	Data Subjektif : 1. Klien mengatakan mandi 1-2 hari sekali 2. Klien mengatakan mandi jarang	Defisit Perawatan Diri

No.	Data	Masalah
	menggunakan sabun dan shampo 3. Klien mengatakan mengganti pakaian 3 hari sekali Data Objektif : 1. Penggunaan baju tidak rapih 2. Tampak pakaian klien lusuh dan kotor 3. Klien tampak sesekali menggaruk-garuk pakaian 4. Tampak rambut klien berminyak dan berketombe 5. Tampak kumis dan jenggot klien sudah panjang 6. Tampak kuku klien panjang dan kotor 7. Tercium bau keringat ketika dekat dengan klien	

3. Pohon Masalah

Bagan 3. 2 Pohon Masalah Harga Diri Rendah



4. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Konsep Diri b.d Harga Diri Rendah d.d :

Data Subjektif :

- 1) Klien mengatakan malu dan menyesal karena pernah memakai Narkoba
- 2) Klien mengatakan merasa tidak berguna karena belum bisa jadi ayah yang baik untuk putrinya dan belum bisa jadi suami

yang baik untuk istrinya

- 3) Klien mengatakan kurang percaya diri dan takut tidak diterima oleh orang lain.

Data Objektif :

- 1) Klien hanya menjawab pertanyaan secukupnya
- 2) Klien tampak lesu dan tidak bersemangat saat diajak berbicara
- 3) Klien tampak lebih sering menghabiskan waktunya untuk tidur
- 4) Kontak mata kurang
- 5) Tampak tangan klien tremor

2. Defisit Perawatan Diri b.d Penuruna motivasi atau minat d.d :

Data Subjektif :

- 1) Klien mengatakan mandi 1 atau 2 hari sekali
- 2) Klien mengatakan mandi jarang menggunakan sabun dan shampo
- 3) Klien mengatakan mengganti pakaian 3 hari sekali

Data Objektif :

- 1) Penggunaan baju tidak rapih
- 2) Tampak pakaian klien lusuh dan kotor
- 3) Tampak rambut klien berminyak dan berketombe
- 4) Tampak kumis dan jenggot klien sudah panjang
- 5) Tampak kuku klien panjang dan kotor
- 6) Tercium bau keringat ketika dekat dengan klien

5. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	1. Klien dapat membina hubungan saling percaya .	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan klien mampu : 1. Ekspresi wajah bersahabat menunjukan rasa senang, kontak mata ada, mau berjabat tangan, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.	1. Membina hubungan saling percaya dengan : a. Mengucapkan salam terapeutik b. Berjabat tangan c. Menjelaskan tujuan interaksi d. Membuat kontak topik, waktu dan setiap kali bertemu klien	1. Untuk menumbuhkan kepercayaan klien kepada perawat sehingga klien bersedia berinteraksi dan bekerja sama dalam proses keperawatan
	2. Klien dapat menilai kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.	2. Klien mampu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.	SP I 2. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien a. Mendiskusikan bahwa pasien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti	2. Mengeksplorasi kemampuan positif yang dimiliki klien

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			dipilih sebagai kegiatan yang akan klien lakukan sehari-hari. b. Bantu klien menetapkan kegiatan mana yang dapat klien lakukan secara mandiri, mana kegiatan yang memerlukan bantuan minimal, dari keluarga dan kegiatan apa saja yang perlu bantuan penuh keluarga/ lingkungan terdekat klien. 5. Melatih kemampuan yang di pilih klien a. Mendiskusikan dengan klien untuk melatih kemampuan yang di miliki b. Bersama klien memperagakan kegiatan yang ditetapkan c. Berikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dapat dilakukan klien.	5. Memberikan reinforcement atas kemampuan yang sudah di pilihnya.

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	6. Klien dapat mengenal tentang pentingnya kebersihan diri. 7. Klien dapat mengidentifikasi penyebab ketidakmauan klien dalam merawat kebersihan dirinya. 8. Klien dapat melakukan kebersihan perawatan diri secara mandiri.	6. Klien mampu menyebutkan pentingnya kebersihan diri 7. Klien mampu berusaha untuk memelihara kebersihan diri, yaitu : • Mandi pakai sabun dan disiram dengan air sampai dengan air sampai bersih. • Mengganti pakaian bersih sehari sekali dan merapikan penampilan. 8. Klien mampu melakukan perawatan kebersihan diri secara rutin dan teratur tanpa anjuran. • Mandi pagi dan sore • Ganti baju setiap hari • Penampilan bersih dan rapih	a. Menjelaskan kepada klien pentingnya menjaga kebersihan diri b. Menjelaskan alat – alat untuk menjaga kebersihan diri c. Menjelaskan cara – cara melakukan kebersihan diri d. Melatih klien mempraktekan cara menjaga kebersihan diri SP II : Melatih klien berhias dan berdandan a. Menjelaskan kepada klien cara unuk berhias dan berdandan b. Untuk klien laki – laki meliputi : Berpakaian, Menyisir rambut, Bercukur c. Untuk klien perempuan meliputi : Berpakaian, Menyisir rambut, Berhias SP III : Melatih klien makan secara mandiri	perawatan dasar yang di ketahui klien SP II : Untuk menjaga kebersihan klien dengan cara melatih klien berhias dan berdandan SP III : Dengan mengajarkan klien tata tertib makan, klien

6. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3. 4 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

No	Hari/Tanggal	Diagnosa	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	Senin, 11 Mei 2026 09.00 – 09.30 WIB	Harga Diri Rendah Kronis	SP I 1) Bina hubungan saling percaya R : Klien kooperatif mau berkenalan klien mengatakan Namanya Tn.I umur 41 tahun, klien mau berjabat tangan, mau menjawab salam, mau duduk berhadapan dengan perawat, dan klien bersedia untuk menjawab pertanyaan yang ditanyakan oleh perawat. 2) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien R : Klien mengatakan dulu jauh sebelum masuk ke tempat rehabilitasi klien mengatakan suka membantu istrinya menjaga kebersihan rumah seperti menyapu, mengepel, menjemur pakaian. Setelah masuk ke klinik ini kemampuan yang di miliknya yaitu Menyapu 3) Membantu klien menilai kemampuan yang dapat digunakan	Senin, 11 Mei 2026 Jam 09. 40 WIB Subjektif : 1. Klien mengatakan mau diajak untuuk berkenalan, klien mengatakan namaya Tn.I umur 41 tahun 2. Klien mengatakan pada saat masih dirumah suka membantu istrinya menjaga kebersihan rumah (Menyapu, mengepel, menjemur pakaian) 3. Klien mengatakan masih mampu melakukan kemampuan yang di miliknya yaitu menyapu 4. Klien mengatakan masih mampu melakukan	Syipa 

			R : Klien mengatakan kemampuan yang di miliknya di tempat ini yaitu menyapu 4) Membantu klien memilih atau menetapkan kemampuan yang akan dilatih R : Klien memilih aspek positif yang ingin dilatih yaitu membereskan tempat tidurnya 5) Melatih kemampuan yang dipilih klien R : Klien mengatakan bersedia untuk membereskan tempat tidurnya 6) Membantu klien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih R : Klien bersedia untuk dijadwalkan membereskan tempat tidurnya lagi besok pagi setelah kegiatan senam.	kemampuan yang di miliknya yaitu menyapu 5. Klien memilih aspek positif yang ingin dilatih yaitu membereskan tempat tidurnya. Objektif : 1. Klien tampak kooperatif 2. Klien mampu menjawab setiap pertanyaan yang ditanyakan meskipun dengan jawaban yang singkat 3. Kontak mata kurang 4. Afek datar 5. Klien mampu menyebutkan aspek positif yang dimilikinya. Assesment : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis Planing : Evaluasi SP I 1. Melatih kemampuan positif yang sudah dipilih klien sebelumnya.	
--	--	--	---	--	--

				2. Membantu Menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih.	
2.	Senin, 11 Mei 2026 13.00 – 13.20 WIB	Defisit Perawatan Diri	SP 1 1) Mengidentifikasi masalah kebersihan diri R : Klien mengatakan klien mandi 1-2 hari sekali 2) Menjelaskan alat-alat yang digunakan untuk menjaga kebersihan diri. R : Klien mampu menyebutkan alat-alat yang digunakan untuk melakukan perawatan diri 3) Melatih klien cara-cara perawatan diri R : Klien mengatakan asal mandi saja tidak mengetahui urutan mandi 4) Mendiskusikan bersama klien cara berpenampilan baik R : Klien mampu memahami apa yang sudah dijelaskan oleh perawat.	Senin, 11 Mei 2026 13.30 WIB Subjektif : 1. Klien mengatakan mandi 1-2 hari sekali 2. Klien mengatakan mandi jarang menggunakan sabun dan shampo 3. Klien mengatakan akan lebih memperhatikan lagi soal kebersihan dirinya 4. Klien mengatakan mengerti bagaimana melakukan cara perawatan diri yang sesuai setelah dijelaskan oleh perawat Objektif : 1. Klien mampu menyebutkan apa yang sudah dijelaskan oleh	Syipa 

				perawat mengenai masalah kebersihan diri. 2. Rambut klien tampak berketombe dan berminyak 3. Penampilan klien tampak lusuh memakai baju double dan kotor 4. Tercium aroma bau keringat dari tubuh klien Assesment : Defisit Perawatan Diri Planing : Evaluasi SP 1 dan lanjut SP 2 1. Melatih klien car acara perawatan diri. 2. Melatih cara berhias/berdandan Laki- laki : Berpakaian, menyisir rambut, bercukur	
--	--	--	--	---	--

7. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan

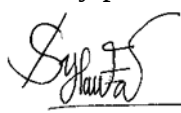
Hari/Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
Rabu, 13 Mei 2026 09.00 – 10.00 WIB	I	Subjektif : 1. Klien mengatakan perasaanya lebih tenang setelah berbincang-bincang hari sebelumnya 2. Klien menyatakan bersedia untuk mengevaluasi kemampuan dalam menyapu dan mencoba latihan kemampuan yang kedua yaitu membereskan tempat tidurnya 3. Klien mengatakan bersedia untuk membereskan tempat tidurnya 4. Klien mengatakan sebelumnya sudah melakukan olahraga pagi 5. Klien mengatakan mau mengikuti permainan tebak-tebakan dengan yang lain Objektif : 1. Klien tampak kooperatif 2. Klien mampu mengingat dan melakukan SP I yaitu melakukan aspek positif (Menyapu) 3. Klien mau melatih kemampuan lainnya membereskan tempat tidurnya dibantu oleh perawat 4. Klien tampak mau berkumpul dengan yang lain 5. Klien mampu mengungkapkan kegiatan hariannya 6. Kontak mata ada Assesment :	Syipa 

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Kronis Planning : 1. Identifikasi kemampuan positif 2. Bantu klien memilih aspek positif lain yang akan dipilih 3. Latih klien melakukan kegiatan sesuai kemampuan klien 4. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian. Implementasi : 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Mengidentifikasi kemampuan positif klien 3. Membantu klien memilih kemampuan lain yang akan dipilih 4. Melatih klien melakukan kegiatan sesuai kemampuan klien 5. Memasukan aspek yang dimiliki ke dalam jadwal harian klien. Evaluasi : SP 1 Teratasi Reassessment : 1. Lanjut SP 2 2. Evaluasi kegiatan SP 1 3. Melatih kemampuan kedua yang dimiliki oleh klien 4. Menganjurkan klien memasukan aspek yang dimiliki ke dalam jadwal harian.	
Rabu, 13 Mei 2026	2	Subjektif : 1. Klien mengatakan pagi ini sudah mandi karena merasa gerah dan gatal.	Syipa

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
10.10 – 10.30 WIB		2. Klien mengatakan mandi sudah menggunakan sabun, tetapi belum mencuci rambut (keramas). Data Objektif : 1. Pakaian klien masih tampak sama dengan hari kemarin (lusuh). 2. Rambut masih tampak berminyak dan berketombe. 3. Kumis dan jenggot masih panjang belum dirapikan. 4. Bau badan sedikit berkurang karena sudah sabunan saat mandi. Assesment : Defisit Perawatan Diri Planning : 1. Latih klien cara perawatan diri 2. Latih klien cara berhias untuk klien laki – laki : berpakaian, menyisir rambut, bercukur. Implementasi : 1. Melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri - Menjelaskan alat-alat yang digunakan untuk menjaga kebersihan diri - Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri - Melatih klien untuk mempraktekan cara menjaga kebersihan diri 2. Melatih cara berhias untuk laki-laki Evaluasi : SP 1 belum teratasi	

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		Reassessment : Evaluasi SP 1 Lanjutkan SP 2 1. Melatih cara berhias	
Kamis, 14 Mei 2026 09.00 – 10.00	1	Subjektif : 1. Klien mengatakan sudah melakukan kegiatan olahraga pagi 2. Klien mengatakan merasa lebih produktif karena kamarnya tetap rapi dan lantainya bersih. 3. Klien mengatakan bersedia untuk mengevaluasi dua latihan sebelumnya dan siap mencoba latihan kemampuan ketiga (mengaji). Objektif : 1. Klien tampak ikut aktif berpartisipasi mengikuti kegiatan di Klinik Nur Illahi Assanie 2. Klien sudah mampu melakukan 2 kemampuan yang dipilihnya yaitu menyapu dan merapihkan tempat tidurnya 3. Klien tampak bersiap untuk mengaji 4. Kontak mata baik dapat fokus melihat ke lawan bicara Ketika lagi ngobrol Assesment : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Kronis Planning : Evaluasi SP 1 & SP2	Syipa 

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		Implementasi : Mempertahankan intervensi yang telah dilakukan Evaluasi : SP 2 Teratasi Reassessment : Pertahankan intervensi SP 1 & SP 2	
Kamis, 14 Mei 2026 10.00 – 11.00	2	Subjektif : 1. Klien mengatakan sudah mandi dan keramas pagi ini jam 07.00 menggunakan shampoo 2. Klien mengatakan sudah mengganti pakaiannya dengan yang bersih 3. Klien mengatakan sudah mencukur kumis dan jenggotnya kemarin sore 4. Klien mengatakan sudah menyetek kuku nya yang panjang 5. Klien mengatakan sudah bisa berdandan, menyisir rambut dengan rapi Objektif : 1. Klien tampak terlihat lebih fresh dan segar 2. Penampilan klien tampak lebih rapih 3. Tampak rambut klien rapih dan bersih tidak ada ketombe 4. Tampak kumis dan jenggot klien sudah dicukur dengan rapih 5. Tampak kuku klien sudah pendek dan bersih Assesment : Defisit Perawatan Diri	Syipa 

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		Planning : Evaluasi SP 1 – SP 2 Implementasi : 1. Mengevaluasi SP 1 dan 2 a. Mengevaluasi sudah sejauh mana Perawatan diri yang sudah klien lakukan b. Mengevaluasi cara berhias klien Evaluasi : SP 1 Dan SP 2 Teratasi Reassessment : Lanjutkan SP 3 dan SP 4	
Sabtu, 16 Mei 2026 09.30 – 10.30	1	Subjektif : 1. Klien mengatakan sangat senang dan merasa dihargai kemampuannya 2. Klien mengatakan sudah mengikuti kegiatan olahraga pagi (Yoga) 3. Klien mengatakan sudah bisa menyapu dan membereskan tempat tidurnya secara mandiri tanpa di ingatkan lagi 4. Klien mengatakan ingin mengikuti permainan tebak-tebakan 5. Klien mengatakan ingin belajar mengaji lagi Objektif : 1. Klien mampu mengidentifikasi aspek positif yang di milikinya 2. Klien mampu memilih kemampuan yang dilatih 3. Klien mampu memilih dan menjadwalkan pelaksanaan kemampuan yang dipilih	Syipa 

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		4. Klien sudah mampu menyapu dan merapihkan tempat tidurnya secara mandiri tanpa di ingatkan 5. Klien tampak sudah bersiap di mushola untuk belajar mengaji lagi 6. Klien tampak ikut berpartisipasi mengikuti kegiatan game yang di adakan oleh perawat Assesment : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Kronis Planning : Pertahankan intervensi SP 1 & SP 2 Implementasi : Mempertahankan intervensi yang telah dilakukan Evaluasi : SP 1 dan SP 2 Teratasi	
Sabtu, 16 Mei 2026 11.00 – 11.30	2	Subjektif : 1. Klien mengatakan sudah melakukan perawatan diri secara teratur 2. Klien mengatakan sudah mengetahui cara berdandan untuk laki-laki 3. Klien mengatakan sudah mengetahui cara makan yang baik secara mandiri 4. Klien mengatakan sudah mengetahui cara eliminasi BAB/BAK yang baik dan mandiri Objektif : 1. Klien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri	Syipa 

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		2. Klien mampu melakukan berdandan secara mandiri 3. Klien mampu makan secara tertib dan mandiri 4. Klien mampu BAB/BAK mandiri Assesment : Defisit Perawatan Diri Planning : Evaluasi SP 1 sampai SP 4 Implementasi : Pertahankan intervensi yang sudah dilakukan Evaluasi : SP 1 sampai SP 4 Teratasi	

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.I (41 Tahun) yang mengalami Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Akibat Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut pada tanggal 08-15 Mei 2026, Pada bagian Pembahasan ini penulis akan menguraikan permasalahan yang ditemui selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan yang berlangsung selama praktik. Permasalahan tersebut mencakup ketidaksesuaian antara teori yang dipelajari dengan kondisi nyata dilapangan, serta berbagai faktor yang berperan sebagai pendukung maupun penghambat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang disusun berdasarkan lima tahapan proses keperawatan, yaitu : pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi asuhan keperawatan sehingga setiap tahap dijelaskan secara detail untuk menyoroti aspek kelebihan, kendala, dan rekomendasi perbaikan. Dengan demikian, diharapkan analisis ini memberikan gambaran kompherensif mengenai implementasi teori keperawatan jiwa dalam praktik klinis pada kasus Tn.I.

1. Tahap Pengkajian

Pada awal Pengkajian tanggal 09 Mei 2026 pukul 09.00 WIB, 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. I. Penentuan diagnosis dilakukan berdasarkan data yang dikumpulkan selama pengkajian. Dalam studi kasus ini, Fokus pengkajian diarahkan pada klien dengan Harga Diri Rendah, mencakup keluhan utama, faktor predisposisi, kondisi psikososial serta status

mental klien. Berdasarkan hasil pengkajian berupa wawancara, diperoleh informasi terkait alasan masuk klien yaitu :

Klien mengatakan bahwa dirinya datang ke klinik ini diantar oleh ibu dan istrinya dengan keluhan sebelumnya klien mendapatkan kekerasan dari Pembina tempat beliau direhab yaitu di rumah singgah kajirasa Sumedang. Karena, klien menolak saat diperintah untuk beres-beres. Tampak terdapat luka jahitan dibagian telinga kiri.

Pada faktor predisposisi diperoleh data klien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, tetapi pengobatan sebelumnya kurang berhasil. Sebelumnya klien pemakai narkoba dari tahun 2007 dan berhenti pada tahun 2019. Menurut teori (Lalli et al., 2021) yang menjelaskan bahwa penggunaan zat psikoaktif dalam jangka panjang dapat memperburuk perjalanan gangguan bipolar serta meningkatkan gangguan fungsi psikososial. Sebelum dibawa ke tempat rehabilitasi klien mengatakan klien suka sakau dan sering marah-marah sama istrinya. Oleh karena itu klien dibawa oleh ibunya ke tempat rehabilitasi untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut. Klien pernah dirawat di panti rehabilitasi putra tasik selama 2 Tahun dari 2019-2021, Balandongan tasik 1 Tahun pada 2022 , Pesantren Majalaya 7 bulan, RSJ Cisarua 7 bulan pada 2023, Rumah singgah sumedang selama 2 tahun. Menurut teori (Trisongko et al., 2024), faktor predisposisi harga diri rendah meliputi pengalaman traumatis, kegagalan dalam menjalankan peran, pengalaman penolakan, serta pengalaman hidup yang tidak menyenangkan. Kondisi yang dialami Tn. I menunjukkan adanya faktor predisposisi yang dapat memengaruhi konsep dirinya sehingga muncul perasaan tidak berharga dan rendah diri.

Pada data Gambaran diri Tn.I mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya terutama dibagian hidung karena mancung, Identitas diri klien mengatakan dirinya berusia (41 Tahun), klien sebagai anak juga sebagai seorang kepala keluarga, klien mengatakan dirinya sebagai seorang laki-laki berusia 41 Tahun dan merupakan anak tunggal, Peran diri klien

mengatakan Sebagai seorang kepala keluarga klien merasa belum memenuhi tanggung jawabnya sebagai seorang ayah untuk anaknya dan juga sebagai seorang suami untuk istrinya. Ideal Diri, Klien mengatakan ingin segera sembuh dan ingin segera kembali berkumpul lagi bersama keluarga kecilnya, Klien berharap bisa memulai kehidupan barunya lagi setelah keluar dari panti rehabilitasi. Harga Diri, Klien mengatakan merasa dirinya tidak berguna karena belum bisa jadi ayah yang baik untuk anaknya dan juga menyesal karena sekarang tidak bisa berkumpul kembali dengan keluarganya. Status nmental, Klien merasa sedih, putus asa, rasa bersalah, kurang kontak mata, serta jawaban yang singkat menunjukkan bahwa klien sedang mengalami penurunan harga diri yang cukup berat. Selain dipengaruhi oleh gangguan bipolar fase depresi, kondisi tersebut juga dipengaruhi oleh kegagalan menjalankan fungsi sosial dan keluarga. Menurut (Anita et al., 2025), harga diri rendah ditandai dengan penilaian negatif terhadap diri sendiri, Selain itu, Ramadhani et al. (2021) menjelaskan bahwa individu dengan harga diri rendah umumnya menunjukkan perasaan tidak mampu, pandangan hidup pesimis, menyalahkan diri sendiri, serta menarik diri dari lingkungan. Seluruh karakteristik tersebut ditemukan pada Tn. I sehingga semakin menguatkan penegakan diagnosis Harga Diri Rendah Kronis.

Selain masalah Harga Diri Rendah Kronis, hasil pengkajian juga menunjukan Defisit Perawatan Diri pada Tn. I lebih disebabkan oleh penurunan motivasi dari pada ketidakmampuan fisik. Hal ini dibuktikan dengan kondisi klien yang masih mampu berjalan, berbicara, makan, dan melakukan aktivitas secara mandiri, namun tidak memiliki kemauan untuk menjaga kebersihan dirinya. Menurut (Kustiawan,2023) salah satu faktor presipitasi Defisit Perawatan Diri adalah penurunan motivasi yang dipengaruhi oleh kondisi psikologis individu. Selain itu, (Dewi & Riyanto, 2025) menjelaskan bahwa manifestasi klinis Defisit Perawatan Diri meliputi tubuh tampak kotor,

rambut berminyak, pakaian lusuh, tidak menggunakan sabun saat mandi, dan kebersihan diri yang kurang terpelihara. Seluruh manifestasi tersebut ditemukan pada Tn. I sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan hasil pengkajian. Penulis juga menganalisis bahwa munculnya Defisit Perawatan Diri merupakan dampak lanjutan dari harga diri rendah yang menyebabkan klien kehilangan motivasi untuk merawat dirinya, bukan karena adanya gangguan fisik ataupun keterbatasan fungsional.

Berdasarkan keseluruhan hasil pengkajian, dapat disimpulkan bahwa informasi yang dikumpulkan tentang Tn. I menunjukkan kesesuaian dengan teori yang diuraikan dalam tinjauan pustaka. Dengan demikian, hasil pengkajian tersebut menjadi dasar yang kuat dalam penetapan diagnosis keperawatan, penyusunan intervensi, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi terhadap perkembangan kondisi klien.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang penulis temukan pada saat pengkajian kepada Tn.I yaitu ada 2 diagnosa yang sesuai dengan teori, yaitu : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah dan Defisit Perawatan Diri. Diagnosa ini muncul karena ada data yang di dapatkan dari klien mengarah pada diagnosa Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah, Data yang di dapat dalam diagnosa ini berupa data Subjektif dan data Objektif. Untuk data Subjektif : Klien mengatakan malu dan menyesal karena pernah memakai Narkoba, Klien mengatakan merasa tidak berguna karena belum bisa jadi ayah yang baik untuk putrinya dan belum bisa jadi suami yang baik untuk istrinya, Klien mengatakan kurang percaya diri dan takut tidak diterima oleh orang lain. Untuk Data Objektif : Klien hanya menjawab pertanyaan secukupnya, Klien tampak lesu dan tidak bersemangat saat diajak berbicara, Klien tampak lebih sering menghabiskan waktunya untuk tidur, Kontak mata kurang, Tampak tangan klien tremor. Sedangkan Data yang muncul pada klien

yang mengarah pada diagnosa Defisit Perawatan Diri yaitu, Data Subjektif : Klien mengatakan mandi 1-2 hari sekali, Klien mengatakan mandi jarang menggunakan sabun dan shampo, Klien mengatakan mengganti pakaian 3 hari sekal. Data Objektif : Tampak pakaian klien lusuh dan kotor, Klien tampak sesekali menggaruk-garuk pakaian, Tampak rambut klien berketombe, Tampak kuku klien panjang dan kotor, Tampak kumis dan jenggot klien sudah panjang, Tercium bau keringat ketika dekat dengan klien.

Sedangkan masalah yang muncul pada teori tetapi tidak muncul pada laporan kasus yaitu :

- a. Koping Individu Tidak Efektif, karena data yang di dapatkan fokus permasalahan klien berada pada gangguan konsep diri. Intervensi yang diberikan diarahkan pada peningkatan harga diri melalui identifikasi kemampuan positif, pemilihan kegiatan sesuai kemampuan, latihan kemampuan yang dimiliki, dan pemberian penguatan positif. Pendekatan lebih sesuai dengan kondisi aktual klien dan tujuan asuhan keperawatan yang ingin dicapai.

3. Perencanaan Keperawatan

Pada tahap ini penulis menyusun berdasarkan tinjauan teori yaitu melakukan SP atau Strategi Pelaksanaan. Terdapat 2 SP dalam diagnosa Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah, SP 1: Membantu klien Mengenali dan Melatih kemampuan aspek positif yang dimiliki. SP 2: Mengevaluasi hasil SP 1 dan melatih kemampuan aspek positif berikutnya. Dan dalam diagnosa Defisit Perawatan Diri terdapat 4 SP, SP I : Melatih klien cara – cara perawatan kebersihan diri. SP 2 : Melatih klien berhias dan berdandan(Untuk klien laki – laki meliputi : Berpakaian, Menyisir rambut, Bercukur). SP 3 : Melatih klien makan secara mandiri. SP 4 : Mengajarkan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri.

Pelaksanaan rencana ini dapat terlaksana dengan baik karena di

dukung beberapa faktor, antara lain : tersedianya sumber literatur yang relevan, sikap kooperatif dari klien, serta dukungan dari perawat klinik yang memberikan kemudahan serta berbagai masukan. Penyusunan rencana disusun secara komprehensif dan mengacu pada standar asuhan keperawatan, yang mencakup pada penetapan tujuan, kriteria hasil yang diharapkan, serta intervensi disertai dengan rasionalisasi yang sesuai.

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini, penulis melaksanakan tindakan sesuai dengan perencanaanya 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 perawat membuat kontrak/janji terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang dikerjakan dan peran serta yang diharapkan oleh klien. Kemudian dokumentasi semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien, namun tindakan menggunakan tujuan umum dan tujuan khusus di implementasikan menggunakan strategi pelaksanaan sesuai kriteria keperawatan. Pada tanggal 11 Mei 2026 dilakukan SP 1 yang isinya mencakup ; bina hubungan saling percaya, Mengidentifikasi aspek dan kemampuan positif yang dimiliki, membantu menilai kemampuan yang dapat digunakan, membantu klien memilih kemampuan positif yang akan dilatih yang dimiliki oleh klien, melatih kemampuan yang dimiliki klien dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang akan dilatih. Kemudian untuk masalah Defisit Perawatan Diri perawat melakukan latihan cara melakukan perawatan diri, melatih klien berdandan dan berhias, melatih klien cara makan secara mandiri, mengajarkan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri.

Pada tanggal 12 Mei 2026 dilakukan SP 2 pada Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah yaitu Melatih klien melakukan kegiatan

lain yang masih sesuai dengan kemampuan klien. Untuk masalah Defisit Perawatan Diri yaitu dengan memvalidasi SP 1-4 apakah dilakukan sesuai apa yang sudah dijelaskan.

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.

5. 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 4 hari adalah klien mampu membina hubungan saling percaya menunjukkan ekspresi yang bersahabat, kontak mata klien baik saat diajak berbicara tidak banyak menunduk, klien mampu menilai aspek positif yang ada dalam dirinya dengan mampu melakukan kegiatan yang sudah dilatih sesuai kemampuan yang masih dimilikinya, klien juga mampu membuat jadwal kegiatan harian dan sudah mampu melakukannya secara mandiri. Klien juga sudah melakukan dapat melakukan kebersihan diri dengan cara mandi, selalu mengganti pakaian yang kotor dengan pakaian yang bersih, berdandan, makan mandiri, BAB/BAK mandiri.

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).

6. 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 REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penyusun melaksanakan asuhan keperawatan kepada Tn.I dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah 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.I dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang,
- B. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.I dengan dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- C. Penyusun dapat Menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah-masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada Tn,I dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- D. Penyusun dapat melaksanakan tindakan asuhan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan pada Tn.I dengan Gangguan Konsep Diri dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang,
- E. Penyusun dapat melakukan evaluasi terhadap hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn.I dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang

- F. Penyusun mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.I dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis. Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang.

B. Rekomendasi

Rekomendasi atau saran yang dapat dipertimbangkan dan bermanfaat untuk dilakukan studi kasus lebih lanjut yaitu :

1. Untuk klien dan keluarga

Diharapkan klien dan keluarga dapat kooperatif ikut serta dalam perawatan dan mendukung secara penuh upaya pengobatan yang dilakukan untuk kesembuhan klien. Perawatan untuk individu dengan gangguan jiwa akan lebih efektif apabila keluarga juga terlibat secara aktif, seperti dengan memberikan dukungan dan motivasi melalui percakapan, mendengarkan, dan menerima kondisi klien.

2. Untuk Organisasi Profesi

Diharapkan dapat terus melakukan asuhan keperawatan yang optimal pada klien jiwa, khususnya klien dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah dengan diagnosa medis Afektif Bipolar untuk meningkatkan derajat Kesehatan jiwa pada klien lainnya.

3. Untuk Institusi Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Kajian kasus ini dapat dijadikan sebagai acuan atau sumber data awal untuk pengembangan penelitian selanjutnya terkait intervensi keperawatan pada klien dengan Gangguan Konsep Diri berupa Harga Diri Rendah dengan Diagnosa Medis Bipolar

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Bagi penulis selanjutnya diharapkan dapat mempertahankan dan meningkatkan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) khususnya Teknik komunikasi terapeutik (KOMTER) dan Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP), Karena, kurangnya keterampilan komunikasi terapeutik dan pengelolaan kepercayaan dapat mempengaruhi kelengkapan data pengkajian.

DAFTAR PUSTAKA

- Angst, J., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2020). Bipolar disorders in ICD-11: current status and strengths. *International Journal of Bipolar Disorders*, 8(1), 4–8. <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0165-9>
- Anipah. (2024). *Keperawatan Jiwa*.
- Anita, N. R., Sartika, S., & Nurhijrani, N. (2025). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Di Rsj Prof. Dr. Soerojo Magelang. *Jurnal Fatiakara Care*, 2(1), 32–39. https://jurnal.usy.ac.id/index.php/fatiakara%0Ahttp://repository.poltekkes-smg.ac.id/index.php?p=show_detail&id=39732&keywords=
- Arroisi, J., & Badi', S. (2022). Konsep Harga Diri: Studi Komparasi Perspektif Psikologi Modern dan Islam. *Psikologika: Jurnal Pemikiran Dan Penelitian Psikologi*, 27(1), 89–106. <https://doi.org/10.20885/psikologika.vol27.iss1.art7>
- Azwar, G. F. (2022). *Penerapan Psikoterapi Islam dalam Penanganan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Studi Kasus di Panti Rehabilitasi Jiwa dan Narkoba Yayasan Darul Iman Cipacing Cibatu Garut*. 1–171. <http://digilib.uinsgd.ac.id/50260/>
- Berk, M., Corrales, A., Trisno, R., Dodd, S., Yatham, L. N., Vieta, E., McIntyre, R. S., Suppes, T., & Agustini, B. (2025). Bipolar II disorder: a state-of-the-art review. *World Psychiatry*, 24(2), 175–189. <https://doi.org/10.1002/wps.21300>
- Clinic, M. (n.d.). *Bipolar disorder*.
- Dasit, B. P., Yetti, K., Wulandari, D. F., & Ahsan; (2022). Strategi peningkatan mutu dokumentasi Keperawatan di era pandemi Covid-19. *Jurnal Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan*, (Vol. 5 No. 2 (2022)), 9–11.
- Dewi, S. M. M., & Riyanto, S. (2025). Penanganan pasien gangguan jiwa dengan defisit perawatan diri. *JOURNAL OF Qualitative Health Research & Case Studies Reports*, 5(5), 765–773. <https://doi.org/10.56922/quilt.v5i5.1314>
- Elvidiana, H. (2019). No Title. <https://doi.org/https://dspace.umkt.ac.id/bitstream/handle/463.2017/3245/BA%20II.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Kestel, D., Chisholm, D., & Schafer, A. (2025). The WHO Special Initiative for Mental Health: increasing access to mental health services for millions of people. *World Psychiatry*, 24(1), 137–138. <https://doi.org/10.1002/wps.21286>
- Kustiawan, R., Somantri, I., Cahyati, P., & Oktapiani, F. N. (2023). Gambaran

- Perawatan Diri Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Yayasan Mentari Hati Kota Tasikmalaya. *Journal of Management*, 247–251.
- Lalli, M., Brouillette, K., Kapczinski, F., & de Azevedo Cardoso, T. (2021a). Substance use as a risk factor for bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 285–295. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.10.012>
- Lalli, M., Brouillette, K., Kapczinski, F., & de Azevedo Cardoso, T. (2021b). Substance use as a risk factor for bipolar disorder: A systematic review. In *Journal of Psychiatric Research* (Vol. 144, pp. 285–295). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.10.012>
- Manullang. (2020). *No Title*.
- Oliva, V., Fico, G., De Prisco, M., Gonda, X., Rosa, A. R., & Vieta, E. (2025). Bipolar disorders: an update on critical aspects. *The Lancet Regional Health - Europe*, 48, 101135. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.101135>
- Piso, B., Nußbaumer-Streit, B., & Gartlehner, G. (2024). WHO Guidelines on Mental Health at Work. In *Gesundheitswesen* (Vol. 86, Number 3). <https://doi.org/10.1055/a-2249-5787>
- Purwandari, R., Kurniawan, D. E., & Kotimah, S. K. (2022). Nursing Documentation in Accredited Hospital. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 25(1), 42–51. <https://doi.org/10.7454/jki.v25i1.1139>
- Relica, C., & Mariyati. (2024). Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal. *Peran Mikronutrisi Sebagai Upaya Pencegahan Covid-19*, 14(3), 75–82. <https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM/article/view/1979/126>
- Rifka Alkhilyatul Ma'rifat, I Made Suraharta, I. I. J. (2024). *No Title 済無No Title No Title No Title*. 2, 306–312.
- Sari, S. P., Hasanah, U., & Inayati, A. (2021). Personal Hygiene Terhadap Pasien Defisit Perawatan. *Jurnal Cendikia Muda*, 1(3), 1.
- Sharma, C. M., & Chariar, V. M. (2024). Diagnosis of mental disorders using machine learning: Literature review and bibliometric mapping from 2012 to 2023. *Heliyon*, 10(12), e32548. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e32548>
- Syahrizal Syahrizal, Muhammad Ridho Akbar Eljatin, Yurnailis Yurnailis, & Nurul Hanifah Lubis. (2024). Penatalaksanaan Gangguan Afektif Bipolar Episode Kini Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga. *ABDIKAN: Jurnal Pengabdian Masyarakat Bidang Sains Dan Teknologi*, 3(1), 13–19. <https://doi.org/10.55123/abdikan.v3i1.3085>

- Trisongko, D., Prihatini, F., & Elwindra. (2024). Nursing Care for Clients with Low Self-Esteem Problems in Paranoid Schizophrenia in the Cassowary Room of Dr. Soeharto Heerdjan Mental Hospital, Jakarta . *Jurnal Husada Indonesia*, 11(41), 9–17.
- WHO. (2025). World Mental Health Today. In *World Mental Health Report: Transforming Mental Health For All*. <https://iris.who.int/>
- wirawan, 2024. (2024). *data Survey Kesehatan Indonesia (SKI) pada tahun 2024* (pp. 1–8).
- Zahro, A. L. A., Widiyanto, A., & Isnani, N. (2022). Journal of Language and Health Volume 5 No 3, Desember 2024. *Laporan Kasus: Pankreatitis Akut*, 3(2), 71–78. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JLH>
- Zannah, R., Julaeha, E., & Sastramihardja, H. S. (2024). No Title. *Jurnal Farmaka*, 16(2), 322–331. <https://jurnal.unpad.ac.id/farmaka/article/view/17466>

LAMPIRAN

Lampiran I

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK) PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH

Nama Klien : Tn.I

Jenis Kelamin : Laki-laki

Umur : 41 Tahun

Hari ke-1 tanggal 11 Mei 2026 (09.00)

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

1) Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

Data Subjektif :

- a) Klien mengatakan malu dan menyesal karena pernah memakai Narkoba
- b) Klien mengatakan merasa tidak berguna karena belum bisa jadi ayah yang baik untuk putrinya dan belum bisa jadi suami yang baik untuk istrinya
- c) Klien mengatakan kurang percaya diri dan takut tidak diterima oleh orang lain.

Data Objektif :

- a) Klien hanya menjawab pertanyaan secukupnya
 - b) Klien tampak lesu dan tidak bersemangat saat diajak berbicara
 - c) Klien tampak lebih sering menghabiskan waktunya untuk tidur
 - d) Kontak mata kurang
 - e) Tampak tangan klien tremor
- 2) Defisit Perawatan Diri b.d Penuruna motivasi atau minat d.d :

Data Subjektif :

- a) Klien mengatakan mandi 1 atau 2 hari sekali
- b) Klien mengatakan mandi jarang menggunakan sabun dan shampo
- c) Klien mengatakan mengganti pakaian 3 hari sekali

Data Objektif :

- a) Tampak pakaian klien lusuh dan kotor
 - b) Tampak rambut klien berminyak dan berketombe
 - c) Tampak kuku klien panjang dan kotor
 - d) Tampak kumis dan jenggot klien sudah panjang
 - e) Tercium bau keringat ketika dekat dengan klien.
- b. Diagnosa Keperawatan
- 1. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
 - 2. Defisit Perawatan Diri
- c. Tujuan Keperawatan
- 1. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
 - 1) Klien mampu Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian
 - 2) SP 2 : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, Melatih kemampuan kedua, Menganjurkan klien memasukan dalam kegiatan harian.
 - 2. Defisit Perawatan Diri
 - 1) Klien mampu melakukan perawatan diri
 - 2) Klien mampu melakukan berhias dan berdandan
 - 3) Klien mampu makan secara mandiri
 - 4) Klien mampu BAB/BAK secara mandiri
- d. Tindakan Keperawatan

1. 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. Defisit Perawatan Diri
 - 1) Melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri
 - a) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
 - b) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
 - c) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
 - d) Melatih klien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Harga Diri Rendah

SP I (Senin, 11 Mei 2026)

09.00

1. Fase Orientasi

” Assalamualaikum, selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Syipa Nurlaila, saya biasa di panggil Syipa. Saya perawat yang sedang dinas di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang untuk 1 minggu kedepan. Hari ini saya dinas pagi dari jam 08.00 sampai jam 13.00 siang. Jadi selama minggu ini saya akan merawat Bapak”. “Nama Bapak siapa? dan senangnya di panggil apa ?” “Bagaimana perasaan Bapak saat ini?” bapak terlihat lesu dan tidak bersemangat“.

“Boleh sekarang kita berbincang - bincang tentang apa yang sedang Bapak rasakan?” “Berapa lama Bapak mau berbincang - bincang ? Bagaimana kalau 20 menit? dimana kita berbincang- bincangnya?” “Bagaimana kalau di ruang Tengah?”
2. Fase Kerja

Nah, Pak I, kita duduk santai saja ya. Kalau boleh saya tahu, akhir-akhir ini apa sih yang sering membuat Bapak merasa sedih atau kurang bersemangat?" "Bapak merasa diri Bapak sudah tidak berguna lagi? Kalau boleh diceritakan lebih lanjut, apa yang biasanya membuat Bapak berpikir sampai ke arah sana, Pak?"

"Saya sangat mengerti dan bisa merasakan apa yang Bapak alami. Memang rasanya berat ya Pak ketika kita merasa gagal. Tapi tahu tidak Pak, sebenarnya setiap orang itu pasti pernah mengalami masa-masa sulit atau kegagalan, dan itu bukan berarti kita kehilangan seluruh kemampuan kita."

"Kalau bapak mau, sekarang bapak coba ingat-ingat kembali hal positif yang dulu atau sekarang masih bisa Bapak lakukan. Sebelum sakit atau saat di rumah, biasanya Bapak sering bantu-bantu apa saja di dalam rumah?"

"Wah, hebat sekali! Bapak ternyata bisa menyapu lantai, mengepel, menjemur pakaian ya? Itu kegiatan yang bagus, Pak."

"Nah, selain menyapu, mengepel, menjemur pakaian kira-kira ada lagi tidak kegiatan lain yang biasa Bapak lakukan disini?"

"Hebat sekali, Pak! Jadi Bapak juga bisa mengaji ya. Nah, coba kita lihat sekarang, Bapak sudah menyebutkan 4 kemampuan yang sangat berguna. Tidak semua orang lho Pak punya kesadaran dan ketelatenan untuk melakukan hal itu dengan rajin. Jadi, sebenarnya Bapak masih punya kemampuan yang sangat baik."

3. Fase Terminasi

"Pak I, berhubung sudah 30 menit, bagaimana rasanya perasaan Bapak setelah kita mengobrol dan mendata kemampuan Bapak tadi?"

"Alhamdulillah kalau terasa sedikit lebih plong. Saya sangat senang melihat Bapak hari ini sudah mau terbuka dan hebat banget bisa mengenali kemampuan diri sendiri, seperti menyapu dan mencuci baju dan yang lainnya." "Bagaimana kalau daftar kemampuan yang tadi kita bahas, Bapak simpan dulu ya sebagai pengingat kalau Bapak itu sebenarnya produktif."

"Untuk besok, bagaimana kalau kita bertemu lagi di jam yang sama seperti sekarang? Kita akan coba pilih salah satu dari kemampuan tadi, misalnya

mengaji , untuk langsung kita praktikkan bersama-sama di sini agar Bapak semakin percaya diri. Bapak setuju?"

"Baik Pak I, terima kasih banyak atas waktunya yang luar biasa hari ini.

"Bapak, bagaimana kalau jam 13.00 saya datang berbincang-bincang mengenai kebersihan diri? Tempatnya di sini saja ya pak"

Defisit Perawatan Diri

SPI (Senin, 11 Mei 2026)

13.00 WIB

1. Fase Orientasi

"Assalamualaikum pak, sesuai janji saya tadi pagi sekarang saya akan datang lagi"

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

"Seperti yang sudah saya beritahu tadi, bagaimana kalau sekarang kita berbincang - bincang seputar kebersihan diri, ya

"Mau berapa lama kita berbicara? Bagaimana kalau 20 menit? Mau dimana pak? Baik disini saja ya."

2. Fase Kerja

"Pak I, biasanya kalau di rumah Bapak mandi berapa kali dalam sehari? Terus kalau boleh tahu, apa sih Pak yang bikin Bapak merasa malas atau kurang berminat untuk mandi selama di sini?"

"Bapak merasa tidak ada gunanya mandi karena cuma diam di ruangan saja? Wah, padahal mandi itu penting sekali lho Pak, bukan cuma biar dilihat orang. Menurut Bapak, apa saja sih keuntungan kalau badan kita bersih dan selalu mandi teratur?"

"Benar sekali, badan jadi segar dan tidak gatal-gatal. Nah, kebalikannya nih Pak, kalau kita malas mandi dan jarang keramas, kira-kira apa efeknya buat tubuh Bapak?"

"Betul, badan jadi bau, gatal, rambut lepek, dan kuman-kuman jadi gampang nempel, akhirnya bisa bikin penyakit kulit. Bapak pasti tidak mau kan kalau badannya gatal-gatal dan bikin tidak nyaman?"

"Nah, sekarang kita sebutkan yuk Pak, alat-alat apa saja yang biasanya kita

butuhkan kalau mau mandi dan keramas? Coba Bapak sebutkan benda apa saja yang harus dibawa ke kamar mandi."

"Hebat! Ada sabun, sampo, sikat gigi, pasta gigi, dan handuk bersih. Alat-alatnya sudah lengkap semua ya Pak, kebetulan saya juga sudah siapkan di dalam gayung ini."

"Sekarang, coba Bapak jelaskan ke saya bagaimana urutan mandi yang biasa Bapak lakukan dari awal sampai selesai."

"Wah, urutannya sudah hampir benar Pak. Jadi biar lebih bersih dan maksimal, pertama kita guyur dulu seluruh badan dan rambut pakai air sampai basah semua. Setelah itu, ambil sampo secukupnya, gosokkan ke rambut sampai berbusa lalu pijat kepala pelan-pelan agar ketombenya hilang. Habis itu baru kita sabuni ke seluruh tubuh dari leher sampai sela-sela jari kaki. Jangan lupa sikat gigi juga ya Pak. Kalau sudah semua, baru kita bilas seluruh badan pakai air bersih sampai busanya hilang sama sekali. Terakhir, keringkan badan pakai handuk dan ganti baju yang bersih. Bagaimana Pak, bisa dipahami?"

3. Fase Terminasi

"Nah Pak I, setelah kita mengobrol panjang lebar tentang pentingnya kebersihan diri dan cara mandi yang benar tadi, bagaimana perasaan Bapak sekarang?"

"Alhamdulillah, Bapak sekarang jadi tahu ya alasan kenapa kita harus tetap mandi meskipun cuma diam di ruangan. Coba Pak, sebutkan lagi secara singkat alat mandi apa saja yang tadi sudah kita bahas?"

"Luar biasa, Bapak hapal semua alat-alatnya dengan cepat! Bagus sekali, Pak."

"Biar badan Bapak selalu segar dan tidak gatal lagi, bagaimana kalau kegiatan mandi ini kita masukkan ke dalam jadwal harian Bapak? Kita sepakati ya, Bapak mandi dua kali sehari. Jam berapa saja biasanya Bapak mau mandi?"

"Oke, kita tulis di jadwal ya Pak: mandi pagi jam 07.00 sebelum sarapan, dan mandi sore jam 14.00 setelah beraktivitas. Nanti kalau Bapak mandi

sendiri tanpa perlu diingatkan petugas, Bapak bisa tulis huruf 'M' di kolom jadwalnya ya Pak."

"Nah, untuk besok, kita ketemu lagi di jam yang sama ya Pak. Agenda kita besok adalah mengevaluasi kegiatan mandi Bapak sekalian kita latihan cara berhias atau berdandan yang rapi setelah mandi. Tempatnya di teras depan saja ya Pak. Bapak setuju?"

"Baik Pak I, terima kasih banyak atas waktunya yang luar biasa hari ini. Sekarang Bapak bisa istirahat kembali. Saya pamit ya Pak. Assalamu'alaikum."

Hari ke-2 tanggal 13 Mei 2026 (09.00)

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

1) Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

Data Subjektif :

- a) Klien mengatakan perasaannya pagi ini lebih tenang setelah kemarin berbincang-bincang.
- b) Klien menyatakan bersedia untuk mengevaluasi kemampuannya menyapu dan mencoba latihan kemampuan yang kedua.
- c) Klien mengatakan bersedia untuk belajar membereskan tempat tidur
- d) Klien mengatakan sebelumnya sudah melakukan olahraga pagi
- e) Klien mengatakan mau mengikuti permainan tebak-tebakan dengan yang lain

Data Objektif :

- a) Klien tampak kooperatif
- b) Klien mampu mengingat dan melakukan SP I yaitu melakukan aspek positif (Menyapu)
- c) Klien mau membereskan tempat tidurnya dibantu oleh perawat
- d) Klien tampak mau berkumpul dengan yang lain
- e) Klien mampu mengungkapkan kegiatan hariannya

f) Kontak mata ada

2) Defisit Perawatan Diri b.d Penurunan motivasi atau minat d.d :

Data Subjektif :

a) Klien mengatakan pagi ini sudah mandi karena merasa gerah dan gatal.

b) Klien mengatakan mandi sudah menggunakan sabun, tetapi belum mencuci rambut (keramas).

Data Objektif :

a) Pakaian klien masih tampak sama dengan hari kemarin (lusuh).

b) Rambut masih tampak berminyak dan berketombe.

c) Kumis dan jenggot masih panjang belum dirapikan.

d) Bau badan sedikit berkurang karena sudah sabunan saat mandi.

b. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

2. Defisit Perawatan Diri

c. Tujuan Keperawatan

1. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

SP 2 : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (membereskan tempat tidur), Melatih kemampuan kedua (mengaji), Menganjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian.

2. Defisit Perawatan Diri

Klien mampu melakukan perawatan diri (kebersihan diri/mandi secara mandiri dan benar).

d. Tindakan Keperawatan

1. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

Lanjutkan intervensi SP 2 HDR

a. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien (kegiatan pertama: membereskan tempat tidur).

b. Latih kemampuan kedua yang dipilih (mengaji).

c. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian klien.

2. Defisit Perawatan Diri

Monitor kebersihan diri klien dan motivasi klien untuk terus menjaga kebersihan tubuh secara mandiri.

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Harga Diri Rendah

(Rabu, 13 Mei 2026)

09.00

1. Fase Orientasi

"Assalamu'alaikum, selamat pagi Pak I. Ketemu lagi ya Pak dengan saya, Syipa. Bagaimana perasaan Bapak pagi ini? Apakah tidurnya semalam nyenyak?"

"Wah, luar biasa sekali Pak! Pagi ini Bapak sudah mau tersenyum dan menyapa saya duluan ya. Kontak matanya juga sudah bagus sekali saat melihat saya."

"Pak I, sesuai dengan kesepakatan kita kemarin, pagi ini selama 15 menit pertama kita akan evaluasi dulu kemampuan bapak sebelumnya belajar mengaji, sekaligus kita mau melatih kemampuan kedua Bapak, yaitu membereskan tempat tidur. Kita mengobrol di teras depan ini saja ya Pak. Bapak sudah siap, kan?"

2. Fase Kerja

"Sekarang, sesuai daftar kemampuan positif yang kemarin kita buat, kegiatan kedua yang ingin kita latih adalah membereskan tempat tidur ya Pak. Nah, mari kita langsung ke kamar bapak."

"Pak I, kalau boleh tahu, biasanya bagaimana sih cara Bapak merapikan tempat tidur setelah bangun di pagi hari? Boleh tolong ceritakan sedikit ke saya?"

"Benar sekali Pak, sprei dikencangkan dulu ujung-ujungnya biar tidak kusut, lalu bantal ditumpuk rapi di bagian atas, baru selimutnya dilipat dengan baik. Yuk, sekarang coba langsung Bapak praktikkan sendiri, nanti saya bantu dampingi di sebelah sini ya Pak."

(Perawat memperhatikan dan mendampingi klien yang sedang menarik ujung sprei dan melipat selimut)

"Nah, iya Pak, tarik sedikit lagi sprei di sudut sebelah kanan itu agar benar-benar kencang dan rata. Bagus sekali, Pak. Sekarang selimutnya dilipat jadi dua bagian, lalu letakkan di atas bantal."

"Luar biasa, Pak I! Coba Bapak lihat kasurnya sekarang. Terlihat rapi, bersih, dan nyaman sekali untuk dipakai istirahat, kan? Bapak mengerjakannya dengan sangat rapi dan teliti lho, Pak. Tidak semua laki-laki bisa merapikan kasur sebersih ini. Bapak harus bangga ya dengan hasil kerja Bapak sendiri."

3. Fase Terminasi

"Pak I, mari kita duduk kembali di teras depan. Bagaimana rasanya perasaan Bapak setelah kita mengevaluasi kegiatan menyapu dan langsung mencoba melatih kemampuan merapikan tempat tidur tadi?"

"Alhamdulillah kalau Bapak merasa senang dan makin bersemangat. Bapak hari ini sudah membuktikan lagi kalau Bapak itu punya banyak potensi diri yang nyata dan sangat berguna."

"Biar kamar Bapak selalu rapi dan bersih, bagaimana kalau kegiatan merapikan tempat tidur ini kita masukkan juga ke dalam jadwal harian Bapak?"

"Kira-kira dalam sehari, Bapak mau merapikan tempat tidur berapa kali? Biasanya kan dilakukan sekali ya Pak, tepat setelah bangun tidur di pagi hari sekitar jam 07.00 pagi. Bapak setuju kalau kita tulis jam 07.00 pagi?"

"Oke, saya tulis ya Pak di lembar jadwal harian: merapikan tempat tidur jam 07.00 pagi. Nanti kalau Bapak kerjakan sendiri setelah bangun tidur, jangan lupa beri tanda 'M' seperti kemarin ya Pak."

Defisit Perawatan Diri

(Rabu, 13 Mei 2026)

10.10

1. Fase Orientasi

"Nah Pak I, karena latihan merapikan tempat tidurnya sudah selesai dan dimasukkan ke jadwal, sekarang di 15 menit terakhir ini, sesuai dengan rencana kita, saya ingin mengajak Bapak mengobrol khusus tentang kebersihan diri Bapak."

"Tujuannya supaya badan Bapak bisa terasa lebih segar, bersih, pakaiannya rapi, rambutnya bersih terbebas dari ketombe, dan Bapak kelihatan makin ganteng. Kita mengobrolnya di teras sini saja ya Pak. Bapak bersedia?"

2. Fase Kerja

"Pak I, tadi kan Bapak bilang sudah mandi ya pagi ini karena gerah dan gatal. Coba saya mau tanya, biasanya kalau di rumah Bapak mandi berapa kali dalam sehari?"

"Oh, kalau di sini mandinya kadang 1 atau 2 hari sekali ya Pak? Dan kalau boleh tahu, apa sih Pak yang membuat Bapak merasa malas atau kurang berminat untuk mandi teratur selama di sini?"

"Bapak merasa tidak ada gunanya mandi karena cuma diam di ruangan saja dan bajunya juga malas ganti kalau belum 3 hari? Wah, padahal mandi itu penting sekali lho Pak. Menurut Bapak, apa saja sih keuntungan kalau badan kita bersih dan selalu mandi teratur pakai sabun dan shampo?"

"Benar sekali, badan jadi segar dan tidak gatal-gatal lagi. Nah, kebalikannya nih Pak, kalau kita jarang mandi, jarang keramas, dan bajunya tidak diganti sampai 3 hari, kira-kira apa efeknya buat tubuh Bapak?"

"Betul, badan jadi bau, gatal, rambut berminyak, ketombe, kuku jadi sarang kotoran, dan kuman-kuman jadi gampang bikin penyakit kulit. Bapak pasti tidak mau kan kalau badannya gatal-gatal terus?"

"Nah, sekarang kita sebutkan yuk Pak, alat-alat apa saja yang biasanya kita butuhkan kalau mau mandi dan keramas dengan benar? Coba Bapak sebutkan benda apa saja yang harus disiapkan."

"Hebat! Ada sabun mandi, shampo untuk rambut, sikat gigi, pasta gigi, dan handuk bersih. Alat-alatnya sebenarnya lengkap semua ya Pak di sini."

"Nah, untuk caranya, pertama kita guyur dulu seluruh badan dan rambut pakai air sampai basah semua. Setelah itu, ambil shampo secukupnya, gosokkan ke rambut sampai berbusa lalu pijat kepala pelan-pelan agar minyak dan ketombenya hilang. Habis itu baru kita sabuni ke seluruh tubuh dari leher sampai sela-sela jari kaki. Jangan lupa sikat gigi juga ya Pak. Kalau sudah semua, baru kita bilas seluruh badan pakai air bersih sampai busanya hilang sama sekali. Terakhir, keringkan badan pakai handuk dan langsung ganti pakaian dengan baju yang bersih. Bagaimana Pak, bisa dipahami?"

3. Fase Terminasi

"Pak I, bagaimana rasanya perasaan Bapak setelah kita mengobrol panjang lebar tentang pentingnya kebersihan diri dan cara mandi yang benar tadi?"

"Alhamdulillah, Bapak sekarang jadi tahu ya alasan kenapa kita harus tetap mandi teratur dan ganti baju yang bersih. Coba Pak, sebutkan lagi secara singkat alat mandi apa saja yang tadi sudah kita bahas?"

"Luar biasa, Bapak hapal semua alat-alatnya dengan cepat! Bagus sekali, Pak."

"Biar badan Bapak selalu segar, rambutnya bersih, dan pakaiannya tidak kotor lagi, bagaimana kalau kegiatan mandi ini kita masukkan ke dalam jadwal harian Bapak? Kita sepakati ya, Bapak mandi dua kali sehari. Jam berapa saja biasanya Bapak mau mandi?"

"Oke, kita tulis di jadwal ya Pak: mandi pagi jam 07.30 sebelum sarapan, dan mandi sore jam 16.00. Nanti kalau Bapak mandi sendiri pakai sabun dan shampo tanpa perlu diingatkan, jangan lupa tulis huruf 'M' di kolom jadwalnya ya Pak."

"Nah, untuk besok pagi jam 09.00, kita ketemu lagi di sini ya Pak. Kita akan evaluasi semua jadwal kegiatan Bapak (mengaji, merapikan tempat tidur, dan mandinya) sekalian kita latihan cara berhias atau berdandan yang rapi setelah mandi, seperti menyisir rambut dan mencukur kumis serta jenggot Bapak agar kelihatan makin rapi. Bapak setuju?"

"Baik Pak I, terima kasih banyak atas waktunya yang luar biasa hari ini. Sekarang Bapak bisa istirahat kembali ya Pak. Saya pamit dulu. Assalamu'alaikum."

Hari ke-3 tanggal 14 Mei 2026 (09.00)

DX.I Gangguan Konsep diri : Harga Diri Rendah

1. Fase Orientasi

"Assalamu'alaikum, selamat pagi Pak I. sekarang kita ketemu lagi untuk pertemuan yang ke-3. Wah, hari ini kelihatan lebih bersemangat pak.I."

"Sesuai janji kita kemarin pagi ya Pak, hari ini di 15 menit pertama kita akan

evaluasi dulu dua kegiatan yang sudah Bapak lakukan, yaitu menyapu dan merapikan Tempat tidur bapak. Setelah itu, kita akan latihan kemampuan ketiga Bapak, yaitu mengaji. Kita mengobrol di teras depan seperti biasa ya Pak. Bapak bersedia?"

2. Fase Kerja

"Nah Pak I, boleh saya lihat dulu lembar jadwal kegiatannya? Wah, hebat sekali, di sini terisi lengkap ya Pak. Kemarin sore sudah menyapu, dan tadi pagi jam 06.30 Bapak juga sudah langsung merapikan tempat tidur sendiri. Kamar Bapak sekarang jadi kelihatan rapi dan nyaman sekali. Bapak luar biasa sudah bisa sedisiplin ini."

"Sekarang, mari kita latih kemampuan ketiga Bapak yang ada di daftar kemarin, yaitu mengaji. Kebetulan saya sudah siapkan Al-Qur'an di mushola, Mari sekarang kita langsung ke mushola saja"

"Pak I, kalau boleh tahu, biasanya sebelum sakit atau saat di rumah dulu, Bapak sering mengaji surat apa?"

"Wah, bener sekali Pak, sekarang sura apa yang akan bapak baca?, atau langsung melanjutkan juz yang sedang dibaca. Mengaji itu bagus sekali Pak, selain ibadah, juga bisa bikin hati dan pikiran kita jadi jauh lebih tenang. Yuk, sekarang coba langsung Bapak praktikkan dan baca beberapa ayat, saya dampingi di sebelah sini ya Pak."

(Perawat memperhatikan dan mendengarkan klien yang mulai melantunkan ayat Al-Qur'an)

"Masya Allah, Pak I...Bapak ternyata sudah lumayan fasih dalam melafalkan al-quran dan tenang sekali didengarnya. Panjang pendeknya serta makhroj hurufnya juga sudah sangat pas dan tartil. Bapak mengajinya fasih sekali lho, Pak."

"Bapak hebat, ini adalah potensi rohani yang luar biasa yang Bapak miliki. Bapak harus bangga dan sering-sering mengasah kemampuan ini ya, Pak."

3. Fase Terminasi

"Mari kita simpan dulu Al-Qur'annya dengan rapi, Pak. Bagaimana rasanya perasaan Bapak setelah kita latihan mengaji sendiri tadi?"

"Alhamdulillah kalau rasanya menenangkan hati dan bikin Bapak makin percaya diri. Bapak terbukti punya banyak kemampuan yang sangat positif dan bermanfaat."

"Nah, biar kegiatan mengaji ini terjaga dengan baik, bagaimana kalau kita masukkan ke jadwal harian Bapak? Biasanya kalau mengaji kan paling enak dilakukan setelah selesai shalat fardhu ya Pak, misalnya setelah shalat Maghrib atau setelah shalat Subuh. Bagaimana kalau kita jadwalkan setiap jam 18.30 sore setelah shalat Maghrib?"

"Oke, saya tulis di jadwal ya Pak: mengaji jam 18.30 sore. Nanti kalau dilakukan sendiri, seperti biasa diberi tanda 'M' ya Pak."

DX.II Defisit Perawatan Diri (10.00)

1. Fase Orientasi

Pak I, sekarang mari kita lanjut ke sesi kedua untuk perawatan diri. Berhubung kemandirian mandi dan berdandan Bapak sudah sangat bagus dan teratasi, hari ini kita akan borong sekaligus dua materi terakhir, yaitu latihan cara makan/minum yang benar serta cara penggunaan toilet untuk BAB dan BAK yang bersih. Tujuannya agar besok Bapak sudah mandiri sepenuhnya. Kita latihan di ruang tengah, lalu melihat ke area kamar mandi selama 20 menit ya Pak. Apakah Bapak bersedia?"

2. Fase Kerja

"Nah Pak I, mari kita latihan cara makan yang benar terlebih dahulu. Coba sebutkan apa saja yang harus kita persiapkan sebelum makan?"

"Benar sekali, kita harus mencuci tangan dulu dengan sabun sampai bersih, lalu menyiapkan piring, sendok, dan gelas air minum. Yuk, sekarang kita cuci tangan dulu di wastafel, Pak. Setelah itu, silakan duduk di meja makan."

"Sebelum menyuap makanan, jangan lupa membaca doa terlebih dahulu ya Pak."

"Saat makan, posisi duduknya tegak ya Pak. Menyauapnya pelan-pelan saja, dikunyah sampai halus, dan tidak perlu terburu-buru. Bagus, cara makan Bapak sudah tenang. Setelah makanan habis, silakan minum air putih, lalu membaca doa setelah makan ya Pak."

"Hebat sekali. Nah, piring kotornya ditaruh di bak cucian, lalu kita cuci tangan lagi. Sekarang, mari kita sekalian bergeser ke depan pintu kamar mandi untuk membahas cara buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) yang benar, Pak."

"Pak I, kalau Bapak merasa mulas atau ingin buang air, tempat yang benar dan bersih itu di mana Pak? Lalu setelah selesai, apa saja yang wajib dilakukan?"

"Tepat sekali Pak! BAB dan BAK harus selalu di dalam kamar mandi/toilet, tidak boleh di sembarang tempat. Gunakan celana yang mudah dilepas, posisi jongkok atau duduk di kloset dengan benar. Setelah selesai, wajib menyiram klosetnya sampai benar-benar bersih dan tidak berbau, lalu bersihkan diri Bapak dengan air bersih dari depan ke belakang, keringkan, baru pakai celana kembali. Jangan lupa cuci tangan pakai sabun setelah keluar dari toilet ya Pak."

"Luar biasa, Pak I! Bapak sudah memahami seluruh aturan makan yang sopan dan aturan menggunakan toilet dengan sangat tertib. Pemahaman Bapak luar biasa bagusnya!"

3. Fase Terminasi

"Bagaimana rasanya perasaan Bapak setelah kita latihan tata cara makan yang benar dan cara penggunaan toilet tadi, Pak?"

"Alhamdulillah kalau Bapak merasa senang dan paham semuanya. Menjaga kebersihan makan dan eliminasi itu penting sekali supaya badan kita tidak gampang terserang penyakit."

"Biar kebiasaan baik ini tercatat, mari kita masukkan ke dalam jadwal harian Bapak. Untuk kegiatan makan secara mandiri dan benar kita tulis tiga kali sehari, yaitu makan pagi jam 08.00, makan siang jam 12.30, dan makan malam jam 17.00. Sedangkan untuk BAB/BAK di toilet, kita beri tanda centang setiap kali Bapak selesai melakukannya di kamar mandi ya Pak."

"Oke, sudah saya masukkan ke lembar jadwal harian Bapak. Nah, berhubung seluruh materi SP 1 sampai SP 4 untuk Harga Diri Rendah dan Defisit Perawatan Diri sudah selesai kita pelajari semua hari ini, maka untuk besok pagi jam 11.00, kita akan bertemu lagi di sini khusus untuk mengevaluasi total pengisian lembar jadwal harian Bapak secara mandiri. Tempatnya di teras sini lagi ya Pak. Apakah Bapak bersedia?"

"Baik Pak I, terima kasih banyak atas kerja samanya yang sangat luar biasa hari ini. Bapak sudah hebat sekali bisa menyelesaikan semua latihan dengan baik. Bapak bisa kembali beristirahat. Saya pamit dulu. Assalamu'alaikum."

Hari ke-4 tanggal 16 Mei 2026 (09.30)

DX.I Gangguan Konsep diri : Harga Diri Rendah

1. Fase Orientasi

"Assalamu'alaikum, selamat pagi Pak I. Wah, luar biasa sekali hari ini, Bapak tampak rapi, segar, dan senyumnya cerah sekali pagi ini."

"Nah Pak, sesuai kesepakatan kita kemarin, hari ini adalah hari terakhir pertemuan kita untuk program latihan kemampuan diri Bapak. Hari ini kita khusus untuk mengevaluasi seluruh jadwal kegiatan mandiri yang sudah Bapak pelajari dari hari pertama sampai kemarin. Kita mengobrol di teras depan ini selama 20 menit ya Pak. Apakah Bapak bersedia?"

2. Fase Kerja

"Pak I, boleh saya lihat lembar jadwal harian Bapak secara keseluruhan? Wah, hebat sekali! Luar biasa Pak, dari atas sampai bawah semuanya terisi penuh dengan huruf 'M' ya, artinya semua kegiatan dari menyapu, merapikan kasur pagi tadi, mengaji kemarin sore tanpa perlu disuruh lagi."

"Bagaimana rasanya setelah Bapak melihat sendiri bahwa Bapak mampu melakukan semua kegiatan ini dengan sangat baik dan teratur?"

"Benar sekali, Pak. Bapak terbukti memiliki kemampuan yang hebat, produktif, dan sangat berguna. Bapak tidak perlu merasa minder atau ragu lagi dengan kemampuan diri Bapak, karena Bapak sudah membuktikannya sendiri selama 4 hari ini."

"Coba sekarang Bapak sebutkan kembali secara singkat keunggulan atau kemampuan apa saja yang paling Bapak sukai dari yang sudah kita latih bersama?"

"Hebat, Bapak ingat semuanya dengan sangat detail. Saya sangat bangga melihat perkembangan Bapak yang luar biasa ini. Pertahankan terus rasa percaya diri dan semangat ini ya, Pak. Bapak luar biasa!"

3. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Bapak setelah kita mengevaluasi seluruh kemampuan Bapak pagi ini?"

"Alhamdulillah, saya juga ikut senang melihat Bapak sekarang jauh lebih optimis dan percaya diri."

"Karena ini hari terakhir latihan kita untuk sesi ini, saya harap Bapak tetap berkomitmen menjalankan semua jadwal yang sudah tertulis ini di hari-hari berikutnya ya Pak, meskipun nanti sudah tidak didampingi oleh saya lagi setiap pagi."

"Jadwal ini silakan Bapak simpan dan tempel di dinding kamar sebagai pengingat harian. Sekarang kita istirahat 30 menit dulu ya Pak, setelah ini kita akan masuk ke evaluasi bagian kedua untuk perawatan diri Bapak. Saya tinggal sebentar ya Pak."

DX.II Defisit Perawatan Diri (11.00)

1. Fase Orientasi

"Pak I, mari kita lanjutkan ke sesi terakhir kita hari ini, yaitu mengevaluasi seluruh kegiatan perawatan kebersihan diri yang sudah Bapak latih."

"Kita akan melihat bersama bagaimana keteraturan Bapak dalam menjaga kebersihan badan, kerapian pakaian, cara makan, hingga penggunaan toilet, agar Bapak bisa terus mandiri selamanya. Kita bahas di teras ini lagi selama 20 menit ya Pak. Bapak bersedia?"

2. Fase Kerja

"Nah Pak I, mari kita periksa lembar jadwal harian untuk bagian kebersihan diri. Wah, di sini terlihat jelas ya Pak, mandi dua kali sehari selalu tercentang mandiri, berdandan setelah mandi juga konsisten Bapak lakukan, dan tata cara makan yang bersih serta penggunaan toilet untuk BAB/BAK juga semuanya terlaksana dengan sangat baik."

"Saya juga bisa melihat langsung buktinya sekarang. Coba lihat penampilan Bapak di cermin teras ini: baju sangat rapi dan bersih, rambut tersisir lurus, wajah cerah dan klimis, serta bau badannya wangi sekali. Sungguh berbeda jauh jika dibandingkan dengan hari pertama kita ketemu dulu ya Pak."

"Menurut Bapak, apa perubahan terbesar yang Bapak rasakan pada tubuh dan kesehatan Bapak setelah rajin merawat diri seperti ini?"

"Benar sekali Pak, badan terasa enteng, segar, tidak gatal-gatal, dan pikiran juga

jadi ikut tenang. Orang lain yang mengobrol dengan Bapak pun pasti merasa sangat nyaman karena penampilan Bapak yang rapi dan bersih ini."

"Bapak sudah berhasil membuktikan bahwa kebiasaan merawat diri ini sangat mudah dilakukan jika dijalankan dengan disiplin. Bapak sudah sukses merubah kebiasaan lama menjadi sangat mandiri dan luar biasa!"

3. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Bapak setelah berhasil menyelesaikan seluruh rangkaian program latihan perawatan diri ini?"

"Alhamdulillah, rasa segar dan percaya diri ini harus terus Bapak jaga ya Pak. Kebersihan adalah bagian dari kesehatan kita."

"Pak I, karena seluruh materi dari SP 1 sampai SP 4 untuk Harga Diri Rendah dan Defisit Perawatan Diri sudah selesai dievaluasi dan semuanya sudah Bapak kuasai dengan mandiri, maka pertemuan terprogram kita secara resmi selesai sampai hari ini ya Pak."

"Pesan saya, tolong semua kebiasaan baik ini, mulai dari merapikan kamar, mengaji, menyapu, mandi, berdandan, hingga menjaga kebersihan di toilet tetap dijalankan setiap hari secara konsisten ya Pak."

"Terima kasih banyak atas kerja sama, semangat, dan kedisiplinan Bapak yang sangat luar biasa selama 4 hari ini. Bapak adalah pasien yang sangat hebat. Saya pamit dulu ya Pak, semoga Bapak sehat dan sukses selalu. Assalamu'alaikum

Lampiran II

DOKUMENTASI KEGIATAN



Lampiran III

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Syipa Nurlaila
Jenis Kelamin : Perempuan
TTL : Garut, 02 Desember 2003
Agama : Islam
Status : Pelajar
Alamat : Kp. Nagrog, RT/03,RW/02
Motto : "Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan."
(QS. Al-Insyirah: 6)

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Khairul Ummah	Tahun 2008-2009
2. SDN Sindanggalih 1	Tahun 2009-2016
3. MTSN 1 Garut	Tahun 2016-2019
4. MAN 1 Garut	Tahun 2019-2022
5. Institut Kesehatan Karsa Husada Garut	Tahun 2023-2026

Lampiran IV

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Syipa Nurlaila
NIM : KHGA23082
Pembimbing : Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.Kes.
Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.I DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH DENGAN DIAGNOSA MEDIS GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT.

No	Tanggal	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	9/6-2026	BAB I, Penulisan kalimatnya di perbaiki, Dilatar belakang teorinya jangan terlalu banyak, perbelas lagi datanya dari Umum ke khusus	
2.	12/6-2026	BAB I, Perbaiki lagi spasi, typo, huruf asing cetak miring dan juga tanda bacanya	
3.	15/6-2026	BAB I, ACC BAB I Lanjutkan ke BAB II	
4.	18/6-2026	BAB II dan BAB III Perbaiki lagi di pembahasan, Perbaiki peletakan layout, spasi, juga typo	

5.	22/6/2026	ACC BAB II di Pembahasan BAB III dan revisi BAB III. Lengkapi lagi dan harus lebih spesifik	
6.	24/6/2026	BAB III Pembahasan di BAB III harus membahas kesenjangan antara teori dan kasus.	
7.	27/6/2026	BAB III ACC lanjut BAB IV Tambahkan lagi rekomendasi dan lengkapi kesimpulannya, Perbaiki lagi cover, Abstrak, Raps, Daftar isi, kata pengantar	
8.	Rabu, 1/7/2026 Kamis, 2/7/2026	Revisi BAB IV Perbaiki typo, Margin, Spasi di perhatikan lagi. ACC Sidang	