

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. Y DENGAN RESIKO
PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI
MENTAL NUR ILLAHI ASSSANIE SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh:

RIO METSELUNA DWIATHALA
KHGA22026



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

2025

LEMBAR PENGESAHAN

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

NAMA : RIO METSELUNA DWI ATHALA

NIM : KHGA22026

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Wahyudin, S.Kp., M.Kes.

Gingin S, S.Kp., Ners., M.H.Kes.

Mengetahui

Mengesahkan

Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes KARSA HUSADA GARUT

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M. Kep.

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

LEMBAR PERSETUJUAN

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

NAMA : RIO METSELUNA DWI ATHALA

NIM : KHGA22026

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Disetujui Untuk Diujikan Dihadapan
Tim Penguji Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui

Pembimbing

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

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. Y DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

RIO METSELUNA DWI ATHALA

KHGA22026

IV BAB, 82 Halaman, 8 tabel, 3 gambar, 5 lampiran

Karya tulis ilmiah ini berjudul “*Asuhan Keperawatan pada Tn. Y dengan Risiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Garut*”. Penulis tertarik melakukan studi kasus ini karena risiko perilaku kekerasan merupakan gejala yang sering ditemukan pada penderita gangguan jiwa, khususnya gangguan afektif bipolar. Metode penelitian menggunakan pendekatan deskriptif dengan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, wawancara, dan studi pustaka. Subjek penelitian adalah seorang pasien bipolar dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan. Asuhan keperawatan dilakukan secara komprehensif, meliputi tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, hingga pencatatan perkembangan. Tujuan penelitian ini adalah memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa secara langsung. Hasil asuhan keperawatan menemukan dua masalah utama, yaitu risiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah. Intervensi difokuskan pada memotivasi pasien mengenali risiko perilaku kekerasan, melatih pengendalian emosi, dan meningkatkan kepatuhan minum obat secara teratur. Diharapkan kerja sama antara tim kesehatan dan keluarga pasien dapat meningkatkan keberhasilan asuhan keperawatan, sehingga masalah risiko perilaku kekerasan dapat teratasi.

Kata Kunci: *Bipolar, Risiko Perilaku Kekerasan, Harga Diri Rendah*

Daftar Pustaka: 9 Buah (2015-2025)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Assalamualaikum Wr. Wb

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, sholawat serta salam senantiasa dilimpah curahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala Rahmat dan karunianya akhirnya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. Y DENGAN GANGGUAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Program Studi D III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka dari itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si., selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut

3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut,
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut,
5. Ibu Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan saran dan bimbingannya dengan penuh tanggungjawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini,
6. Bapak Wahyudin, S.Kp., M.Kes. selaku Penguji I yang telah berkenan menguji dan memberikan kritik dan saran guna Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik,
7. Bapak Gingin S, S.Kp., Ners., M.H.Kes selaku Penguji II yang telah berkenan menguji saya dan sudah memberikan kritik dan saran guna Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik,
8. Seluruh Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut terutama Program Studi D III Keperawatan yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti Pendidikan,
9. Seluruh Staf dan Karyawan Tata Usaha dan Perpustakaan yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber,
10. Seluruh Staf dan Pimpinan Klinik Rehabilitasi Mental Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut,
11. Tn. Y yang telah bersedia untuk bekerja sama dengan penulisan dalam melaksanakan asuhan keperawatan,

12. Terimakasih untuk pintu surgaku mamah Rita Sophia (Almh). Yang merupakan cinta pertama penulis di dunia ini. Saya persembahkan karya tulis ilmiah ini kepada Almarhumah mamah, semoga mamah dihadiahkan oleh Allah Syurga tanpa hisab,
13. Untuk Ayah Edi Suyono. Beliau sangat berperan penting dalam menyelesaikan program studi penulis, beliau memang tidak sempat merasakan pendidikan sampai dibangku perkuliahan, namun semangat, rasa kasih sayangnya serta sujudnya selalu menjadi doa untuk kesuksesan anak-anaknya,
14. Kepada kaka kandung saya, Eris Budi Setya Pratama Terimakasih banyak atas dukungan motivasi dan masukannya yang telah memberi semangat, doa, dan dukungan kepada penulis,
15. Kepada keluarga besar almarhum Rd. Safei Tanumiharja terimakasih atas doa dan motivasinya yang selalu memberikan masukan positif selama menempuh pendidikan selama 3 tahun,
16. Teruntuk sahabat – sahabat Warki terimakasih atas kesetiannya dalam memotivasi antar teman semoga kita bertemu dilain waktu dalam keadaan sukses,
17. Seluruh teman seperjuangan kelas A khususnya NSA semoga selalu diberikan kemudahan serta kelancaran dan bisa bertemu dilain waktu
18. Terima kasih kepada SIP22069 menjadi *support system* yang telah berjuang sejauh ini dan mampu mengendalikan diri dari berbagai tekanan diluar keadaan, dan dalam proses ini dapat menyelesaikan dengan baik dan maksimal.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhoan-Nya. Akhir kata penulis berharap semoga amal dari berbagai pihak senantiasa mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT. Aamiin.

Garut, 22 Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Metode Telaah	7
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORI	10
A. Konsep Dasar	10
1. Konsep Bipolar	10
2. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan.....	17
B. Konsep Asuhan Keperawatan	27
1. Pengkajian	27
2. Diagnosa Keperawatan.....	38
3. Intervensi Keperawatan	38
4. Implementasi Keperawatan.....	46
5. Evaluasi	46
BAB III TINJAUAN KASUS	48
A. Tinjauan Kasus.....	48

1. Pengkajian	48
2. Diagnosa Keperawatan	58
3. Intervensi Keperawatan	59
4. Implementasi	66
5. Catatan Perkembangan	71
B. Pembahasan	75
1. Pengkajian	75
2. Diagnosa Keperawatan	76
3. Intervensi Keperawatan	77
4. Implementasi	78
5. Evaluasi	79
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	80
A. Kesimpulan	80
B. Rekomendasi	81
DAFTAR PUSTAKA	83

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut	2
Tabel 1.2 Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie.....	4
Tabel 2.1 Analisa Data	37
Tabel 2.3 intervensi keperawatan	39
Tabel 3.1 Analisa Data	57
Tabel 3.2 Perencanaan Keperawatan.....	59
Tabel 3.3 Implementasi Dan Evaluasi.....	66
Tabel 3.4 Catatan Perkembangan	71

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan	18
Gambar 2.2 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan.....	20
Gambar 2.3 Rentang Respon Harga Diri Rendah	21
Gambar 2.4 Pohon Masalah Harga Diri Rendah	25
Gambar 3.1 Pohon Masalah.....	57

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SPTK Risiko Perilaku Kekerasan

Lampiran 2 SPTK Harga Diri Rendah

Lampiran 3 Dokumentasi

Lampiran 4 Riwayat Hidup

Lampiran 5 Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut WHO sehat jiwa adalah suatu kondisi sejahtera secara fisik, sosial, dan mental yang lengkap dan tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan, atau individu dikatakan sehat jiwa apabila berada dalam kondisi fisik, mental dan sosial yang terbebas dari gangguan (penyakit) tidak dalam kondisi tertekan sehingga dapat mengendalikan stress yang timbul sehingga memungkinkan individu untuk hidup produktif, dan mampu mengendalikan stress yang timbul. Sedangkan menurut UU Kesehatan Jiwa No. 18 Tahun 2014 kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

Menurut WHO 2019, 1 dari 8 orang, atau 970 juta orang di seluruh dunia hidup dengan gangguan mental, dengan gangguan kecemasan dan depresi sebagai gangguan yang paling umum. Pada tahun 2020, jumlah orang yang hidup dengan gangguan kecemasan dan depresi meningkat secara signifikan karena pandemi COVID-19. Perkiraan awal menunjukkan peningkatan masing-masing sebesar 26% dan 28% untuk gangguan kecemasan dan depresi berat hanya dalam satu tahun. Meskipun ada pilihan pencegahan dan pengobatan yang efektif, sebagian besar orang dengan gangguan mental tidak

memiliki akses ke perawatan yang efektif. Banyak orang juga mengalami stigma, diskriminasi, dan pelanggaran hak asasi manusia.

Menurut perkiraan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, jumlah individu yang mengalami gangguan jiwa di wilayah Jawa Barat pada tahun 2024 mencapai sekitar 70%, atau sekitar 63.998 orang, dengan fokus pada sasaran Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat (ODGJ). Dan 6,91% atau sekitar 4428 orang diantaranya terdapat di Kabupaten Garut (Dinkes, Jabar, 2024). Berdasarkan data dari dinas kesehatan Kabupaen Garut bahwa penderita gangguan jiwa di Garut pada tahun 2024 sebanyak 3935 orang terdiri dari seperti pada tabel dibawah ini.

Tabel 1.1

**Data Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut Periode
Mei 2024-2025**

No	Diagnosa Penyakit	Jumlah Orang	Presentasi
1	Gangguan Afektif Bipolar	1.988	50,53%
2	Skizofrenia	1.353	34.38%
3	Penyalahgunaan Napza	398	9,89%
4	<i>Intelektual Disability</i>	205	5,2%
Jumlah		3.935	100%

(sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Garut)

Masalah gangguan jiwa dapat dimulai pada masa anak-anak, remaja, dewasa, hingga usia lanjut. Jika tidak ditangani atau diobati, hal ini dapat berkembang menjadi gangguan jiwa yang serius, mengurangi produktivitas, dan memberatkan keluarga. Kesehatan jiwa harus diperhatikan dengan serius,

memerlukan dukungan dari semua pihak, khususnya keluarga, agar kondisinya tidak memburuk. Saat ini, banyak pasien yang menerima terapi untuk gangguan jiwa yang parah, termasuk gangguan bipolar. (Rencana aksi kegiatan 2020-2024, Direktorat P2 Masalah Keadaan Jiwa dan *NAPZA*)

Lebih dari 60 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan bipolar, yang melibatkan dua episode manik dan depresi yang biasanya dipisahkan oleh episode normal. Episode manik dicirikan oleh peningkatan mood, aktivitas berlebihan, peningkatan harga diri, dan kurangnya kebutuhan untuk tidur. Sementara itu, episode depresi ditandai oleh suasana hati yang menurun, kesulitan berkonsentrasi atau membuat keputusan, berbicara secara lambat, kurang minat dalam kegiatan, serta perasaan putus asa atau tidak berharga. Orang yang mengalami episode manik tanpa episode depresi juga diklasifikasikan sebagai menderita gangguan bipolar. (Kemenkes, 2023).

Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi assanie adalah salah satu klinik yang berfokus pada kesehatan mental di Kabupaten Garut berdasarkan laporan hasil dan Rekam Medis di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut, jumlah penderita gangguan jiwa selama tahun 2025, dapat dilihat ditabel berikut ini:

Tabel 1.2

**Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi
Assanie Samarang Garut Periode Mei 2024-2025**

No.	Diagnosa Penyakit	Jumlah (Orang)		Persentasi
		2024/2025		
1	Gangguan Afektif Bipolar	27 Orang	32 Orang	82.05%
2	Skizofrenia	8 Orang	5 Orang	12,82%
3	Intelektual Disability	2 Orang	2 Orang	5,13%
4	Penyalahgunaan Napza	0 Orang	0 Orang	0%
Jumlah		37 Orang	39 Orang	100%

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

Gangguan bipolar erat kaitannya dengan perilaku kekerasan, yaitu salah satu gejala yang dialami oleh penderita gangguan bipolar. Perilaku kekerasan merupakan respons maladaptif dari kemarahan, hasil dari kemarahan yang ekstrim, ataupun panik. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien Bipolar diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut, dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain (Pardede & Laia, 2020).

Perilaku kekerasan adalah salah satu respons terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan, baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan secara verbal atau non-verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan seperti mengamuk,

bermusuhan yang berpotensi melukai, atau merusak baik fisik maupun kata-kata (Keliat, 2015 dalam Pujiningsih, 2021).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respons maladaptif dari marah akibat ketidakmampuan klien untuk mengatasi stresor lingkungan yang dialaminya. (Alfianto, 2021)

Berdasarkan data uraian diatas penulis tertarik untuk mengangkat kasus gangguan afektif bipolar ini dalam karya tulis ilmiah yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.Y DENGAN GANGGUAN EMOSI RESIKO PERILAKU KEKERASAAN: DENGAN DIAGNOSA MEDIS GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT."

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengetahuan, keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata dalam melaksanakan dan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek bio, psikologi, sosial dan spiritual kepada klien dengan Gangguan emosi resiko perilaku kekerasan.

2. Tujuan Khusus

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan emosi resiko perilaku kekerasan. Kemampuan yang dimiliki meliputi:

- a. Mampu melakukan pengkajian secara rinci, lengkap dan kompherensif pada Tn. Y dengan gangguan emosi resiko perilaku kekerasan akibat gangguan afektif bipolar di Klinik Yayasan Nur Illahi Assanie Garut.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada Tn. Y dengan gangguan emosi resiko perilaku kekerasan akibat gangguan afektif bipolar di Klinik Yayasan Nur Illahi Assanie Garut
- c. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn. Y dengan gangguan emosi resiko perilaku kekerasan akibat gangguan afektif bipolar di Klinik Yayasan Nur Illahi Assanie Garut
- d. Mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan pada Tn. Y dengan Gangguan emosi resiko prilaku kekerasan akibat gangguan apekif bipolar di Yayasan Nur Illahi Assanie.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil Tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn. Y dengan Konsep Gangguan emosi resiko perilaku kekerasan akibat gangguan bipolar Di Yayasan Nur Illahi Assanie.
- f. Mampu mendokumentasikan hasil proses keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn. Y dengan gangguan emosi resiko perilaku

kekerasan akibat gangguan afektif bipolar di Klinik Yayasan Nur
Illahi Assanie Garut

C. Metode Telaah

Dalam penulisan studi kasus ini, digunakan metode deskriptif yang mengambil bentuk laporan kasus asuhan keperawatan melalui proses perawatan yang komprehensif. Pengumpulan data dilakukan melalui berbagai cara sebagai berikut

1. Wawancara (Anamnesa): Pertanyaan-pertanyaan langsung diajukan kepada klien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya untuk mendapatkan informasi terkait masalah yang dihadapi oleh klien.
2. Observasi: Perawat mengumpulkan data dengan mengamati dan mengobservasi langsung kondisi klien, baik yang bersifat adaptif maupun maladaptif, melalui interaksi tatap muka dan dialog.
3. Pemeriksaan Fisik: Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan keadaan umum klien untuk mendapatkan data yang relevan terkait masalah kesehatan atau keperawatan yang dialami.
4. Studi Dokumentasi Data: Diperoleh dari rekam medis atau catatan klien yang berkaitan dengan asuhan keperawatan yang diberikan
5. Studi Kepustakaan: Penulis mempelajari teori-teori yang relevan dengan kasus yang diambil melalui buku-buku dari perpustakaan institusi maupun sumber-sumber internet
6. Partisipasi Aktif Penulis terlibat secara aktif dalam memberikan asuhan keperawatan kepada Tn. Y dengan Gangguan Emosi: Resiko Prilaku

Kekerasan dengan at causa Gangguan Apektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memfasilitasi penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

1. Bagian Pendahuluan (Bab I): Bagian ini membahas latar belakang, tujuan penulisan, metode telaah, dan tata cara penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
2. Bagian Tinjauan Teori (Bab II): Bagian ini menjelaskan teori-teori yang relevan dengan judul tulisan, yang menjadi dasar dalam pembahasan. Materi mencakup konsep dasar penyakit, definisi, psikodinamika bipolar, psikodinamika resiko perilaku kekerasan, psikodinamika harga diri rendah, dampak resiko perilaku kekerasan terhadap kebutuhan dasar manusia, serta proses keperawatan jiwa seperti pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.
3. Bagian Tinjauan Kasus dan Pembahasan (Bab III): Bagian ini menampilkan asuhan keperawatan yang diterapkan secara praktis di lapangan, melalui tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi, dan catatan perkembangan pada klien dengan Gangguan Emosi: Resiko perilaku kekerasan. Selain itu, pembahasan mencakup perbandingan antara pendekatan medis dengan pelaksanaan langsung pada kasus tersebut, serta solusi yang diusulkan untuk mengatasi masalah yang ditemui.

4. Bagian Kesimpulan dan Rekomendasi (Bab IV): Bagian ini berisi rangkuman hasil penulisan setelah pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang bersifat konstruktif untuk perbaikan selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Konsep Bipolar

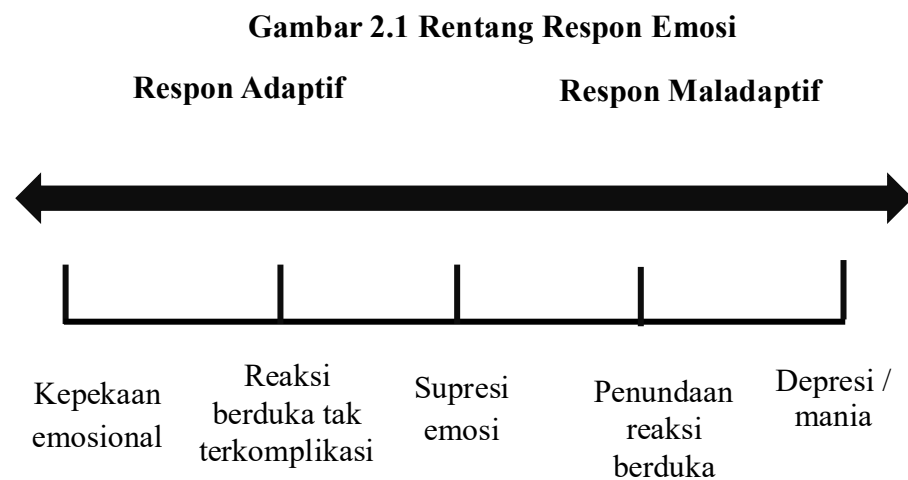
a. Definisi Bipolar

Gangguan bipolar, dikenal juga dengan manik-depresif, gangguan afektif bipolar atau gangguan spektrum bipolar, adalah gangguan pada otak yang menyebabkan perubahan suasana perasaan, energi, dan kemampuan seseorang untuk berfungsi. Orang dengan gangguan bipolar mengalami keadaan emosional yang intens yang biasanya terjadi selama periode hari hingga minggu yang berbeda, yang disebut episode mood (Howland & Sehamy, 2021). Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa-III (PPDGJ-III), gangguan bipolar merupakan episode berulang (sekurang-kurangnya dua episode) yang menunjukkan mood pasien dan tingkat aktivitasnya jelas terganggu, dan gangguan ini pada waktu tertentu terdiri dari peningkatan afek disertai peningkatan energi dan aktivitas (mania atau hipomania), dan pada waktu lain berupa penurunan mood serta pengurangan energi dan aktivitas (depresi) (Maslim, 2015).

Masing-masing episode memiliki gambaran yang berbeda. Ada lima episode mood antara lain: mania, campuran, hipomania, depresi, dan eutimia. Diantara episode mood tersebut, dapat terjadi periode mood yang normal (Amir, 2018). Gangguan bipolar merupakan

gangguan psikiatri yang paling sering mengalami misdiagnosis (*National Institute of Mental Health*, 2018). Bila mendapat perawatan, orang dengan gangguan bipolar dapat menjalani kehidupan yang produktif (Howland & Sehamy, 2021)

b. Rentang Respons Gangguan Afektif Bipolar



Keterangan:

- 1) Kepekaan emosional dipengaruhi dan berperan aktif dalam dunia internal dan eksternal seseorang, menunjukkan bahwa orang tersebut terbuka dan sadar akan perasaannya sendiri.
- 2) Reaksi berduka yang tidak rumit terjadi sebagai respons terhadap kehilangan, menunjukkan bahwa seseorang sedang menghadapi kehilangan nyata dan tenggelam dalam proses berdukanya.
- 3) Perasaan sendiri, pelepasan dari keterikatan emosional, atau rasionalisasi terhadap semua aspek dunia afektif seseorang penekanan emosi mungkin tampak sebagai penyangkalan.

- 4) Penundaan reaksi berkabung adalah ketidakhadiran respons emosional yang persisten terhadap kehilangan. Ini dapat terjadi di awal proses berkabung, menjadi nyata saat proses mundur, mulai terjadi, atau keduanya. Penundaan dan penolakan berduka kadang terjadi bertahun-tahun.
- 5) Depresi, atau melankolia, adalah kesedihan atau perasaan duka yang berkepanjangan. Istilah ini dapat digunakan untuk menunjukkan berbagai fenomena seperti gejala, sindrom, keadaan emosional, reaksi terhadap penyakit, atau kondisi klinis.
- 6) Mania ditandai dengan peningkatan suasana hati yang berlebihan atau mudah tersinggung. Hipomania digunakan untuk menggambarkan sindrom klinis yang serupa tetapi tidak seberat mania atau episode manik. (Cholilalah 2023)

c. Etiologi

- 1) Faktor Biologis: Gangguan biologis dapat juga dipicu oleh faktor biologis dan anomali struktural otak, yang dapat mengganggu fungsi normal otak dan meningkatkan risiko terjadinya penyakit mental, termasuk gangguan bipolar. Penelitian menunjukkan bahwa struktur otak individu yang mengalami gangguan bipolar cenderung berbeda dibandingkan dengan struktur otak orang yang sehat atau yang memiliki gangguan mental lain. Para peneliti berpendapat bahwa gangguan bipolar dapat timbul akibat masalah pada bagian tertentu dari jaringan otak. Selanjutnya,

neurotransmitter, zat kimia otak, juga berperan penting dalam mempengaruhi fungsi dan struktur otak, yang dapat menyebabkan gangguan seperti bipolar.

- 2) Faktor Genetik: Data keluarga menunjukkan bahwa apabila dari salah satu orang tua memiliki gangguan mood, seorang anak akan memiliki risiko antara 10 dan 25 persen mewarisi gangguan mood. Jika kedua orangtua terkena bipolar, risiko ini berpengaruh besar terhadap anaknya (V. A. Sadock, 2015). Risiko keluarga dengan pasien gangguan mood bipolar adalah 25%, dan berulang pasien gangguan depresi adalah 20%. Risiko anak-anak dari satu orangtua dengan gangguan mood bipolar adalah 27% dan dari kedua orangtua dengan gangguan mood bipolar adalah 74%.
- 3) Faktor Psikososial: Gangguan bipolar dikaitkan dengan faktor psikososial seperti stres, trauma, dan mekanisme koping yang maladaptif. Stress psikososial dapat mencakup kehilangan pasangan, kehilangan orang tua, kehilangan pekerjaan, atau riwayat menjadi korban kekerasan. Trauma atau kekerasan pada masa kanak-kanak juga merupakan faktor risiko untuk gangguan bipolar.

d. Patofisiologi

Patofisiologi gangguan bipolar belum sepenuhnya dipahami. Namun, teknik pencitraan otak seperti *Positron Emission Tomography* (PET) dan *Functional Magnetic Resonance Imaging* (fMRI)

digunakan untuk menjelaskan penyebab gangguan bipolar. Penelitian-penelitian sebelumnya telah berfokus pada ketidakseimbangan neurotransmitter, seperti norepinefrin (NE), dopamin (DA), dan serotonin, sebagai faktor yang berperan dalam patogenesis gangguan bipolar. Selain itu, faktor genetik juga dianggap sebagai penyebab gangguan bipolar. Studi pada keluarga menunjukkan bahwa keluarga tingkat pertama (*first-degree relatives*) dari penderita gangguan bipolar memiliki risiko 7 kali lebih besar untuk mengalami gangguan bipolar tipe I dibandingkan dengan populasi umum. Risiko seumur hidup untuk mengalami gangguan bipolar pada keluarga penderita adalah 40-70% untuk kembar monozigot dan 5-10% untuk kerabat tingkat pertama lainnya (Purba et al. 2018)

e. Klasifikasi bipolar

- 1) Gangguan Bipolar I: Merupakan gangguan bipolar yang paling parah, dimana individu mengalami episode mania yang berkepanjangan dan episode depresi yang berkepanjangan.
- 2) Gangguan Bipolar II: Gangguan bipolar yang kurang parah, dimana individu mengalami episode hipomania yang berkepanjangan dan episode depresi yang berkepanjangan

f. Penatalaksanaan gangguan bipolar

1. Terapi Non Farmakologi
 - a) Psikoterapi

Mengobati penyalahgunaan zat serta pemberian nutrisi yang baik dengan protein normal dan asupan asam lemak esensial, berolahraga, tidur yang cukup, pengurangan stress, dan terapi psikososial (Wells et al, 2015) ini bisa dilakukan dengan memberikan dukungan, edukasi, dan bimbingan kepada orang-orang dengan gangguan bipolar dan keluarga penderita gangguan bipolar. Beberapa perawatan psikoterapi yang digunakan untuk mengobati gangguan bipolar meliputi (NIMH, 2016)

- Terapi kognitif (CBT)
- Terapi Keluarga
- Terapi psychotherapy interpersonal

b) Electroconvulsive Therapy

Bentuk perawatan psikologis yang berbeda telah terbukti membantu mengurangi gejala depresi (Kring et al, 2021)

Electroconvulsive Therapy adalah perawatan yang aman dan efektif untuk penyakit mental berat tertentu. Pasien dengan depresi adalah target untuk ECT yang cocok untuk diterapkan (Wells et al, 2015)

Electroconvulsive Therapy dapat memberikan bantuan bagi orang dengan gangguan bipolar yang tidak dapat sembuh dengan perawatan lainnya. Terkadang ECT digunakan untuk gejala bipolar saat kondisi medis lainnya, termasuk kehamilan, yang terlalu beresiko minum obat. Pasien gangguan bipolar harus

mendiskusikan kemungkinan manfaat dan resiko ECT dengan professional kesehatan. Dikarenakan ECT dapat menyebabkan beberapa efek samping jangka pendek, termasuk kebingungan, disorientasi, dan penurunan memori hingga amnesia (NIMH, 2021)

2. Terapi Farmakologi

Penatalaksanaan secara farmakologi *first-line* dalam pengobatan episode manic dan episode depresi berulang dari gangguan bipolar adalah litium. Golongan obat penstabil mood atau anti konvulsan juga telah banyak digunakan (contohnya carbamazepine dan asam valproat) untuk pengobatan episode mania akut dan untuk pencegahan kekambuhannya. Lamotrigine juga dapat digunakan untuk terapi pencegahan kekambuhan.

3. Obat Gangguan Bipolar

a) Mood Stabilizer

Kata antimania sering digunakan untuk mendeskripsikannya. Akan tetapi, karena efektif dalam mencegah perubahan mood pada gangguan bipolar, istilah yang lebih baik adalah obat ini terkadang efektif dalam pengobatan mania. agen penstabil mood atau agen profilaksis. Agen penstabil mood yang paling umum digunakan adalah litium, valproat, karbamazepin dan lamotrigine,

meskipun ada beberapa mood stabilizer lainnya seperti oxcarbazepine (Ahuja, 2015)

2. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

Adapun masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan, adalah sebagai berikut:

- Risiko Perilaku Kekerasan
- Harga Diri Rendah

(Mukhrimah, 2015)

a. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

1) Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut Sutejo (2019) risiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua yaitu risiko perilaku kekerasan pada diri sendiri (*risk for self-directed*) dan risiko perilaku kekerasan pada orang lain (*risk for other-directed*).

Menurut Sutejo (2017) Risiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal yang di arahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

Resiko Perilaku Kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis.

- 2) Frustasi: Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif (Mulia, 2020).

b) Respon Maladaptif

- 1) Pasif: Individu tidak dapat mengungkapkan perasaannya.
- 2) Pasif: Individu tidak dapat mengungkapkan perasaan nya.
- 3) Kekerasan/amuk: Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol (Mulia, 2020).

3) Tanda dan Gejala Resiko Prilaku Kekerasan

Menurut Yusuf (2015) tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yaitu:

- a) Klien dengan resiko perilaku kekerasan dapat mengakibatkan emosi yang menunjukkan dengan ciri-ciri tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, jengkel.
- b) Klien dengan risiko perilaku kekerasan dapat menunjukkan sikap intelektual mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat.
- c) Klien dengan risiko perilaku kekerasan memiliki ciri-ciri fisik yang menunjukkan muka merah, pandangan tajam, napas pendek, beringat, tekanan darah meningkat.
- d) Klien dengan risiko perilaku kekerasan mempunyai kepercayaan/spiritual, tidak mempunyai moral, kebecak, kemahakewasaan kebijakan/kebenaran diri, keraguan, tidak bermoral, kreatifitas terlambat

e) Klien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya tampak bersosialisasi menunjukkan penarikan diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dengan gejala yang timbul seperti stress menentang, mengungkapkan secara verbal dengan nada tinggi.

1) Data Subjektif

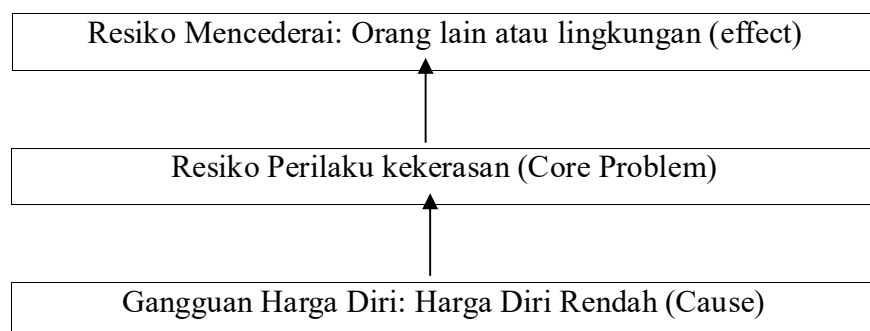
- a) Ungkapan berupa ancaman
- b) Ungkapan kata kata kasar
- c) Ungkapan ingin memukul dan melukai

2) Data Objektif

- a) Wajah memerah dan tegang
- b) Pandangan tajam
- c) Mengepalkan tangan
- d) Pandangan tajam
- e) Suara tinggi menjerit atau berteriak
- f) Mondar mandir
- g) Melempar atau memukul benda

4) **Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan**

Gambar 2.2 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan



b. Konsep Harga Diri Rendah

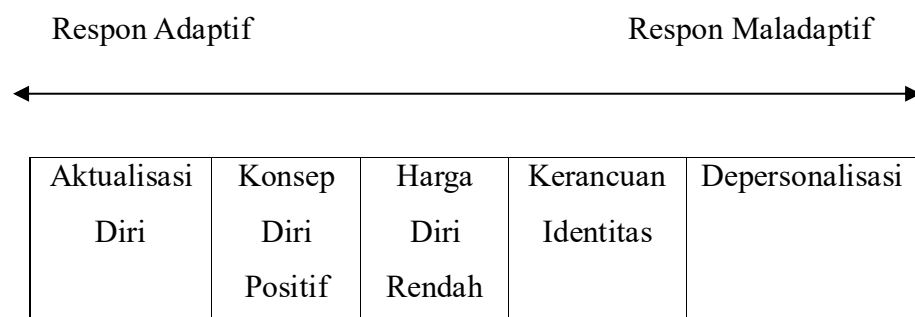
1) Definisi Harga Diri Rendah

Harga diri rendah dapat digambarkan sebagai pandangan negatif, terhadap diri sendiri yang mencakup perasaan lemah, tidak berdaya, putus asa, takut, rentan, rapuh, tidak lengkap, tidak berharga, dan merasa tidak mampu (Ns. Arif Munandar, 2022). Sehingga itu, harga diri rendah juga mencakup perasaan tidak berdaya, gagal, pesimis, menarik, diri atau isolasi sosial, putus asa, dan merasa bersalah dalam menghadapi sesuatu (Febriyanti, 2022). Oleh karena itu, harga diri rendah dapat didefinisikan sebagai kondisi dimana individu mengalami kesulitan dalam menilai kemampuan diri sendiri yang menyebabkan hilangnya rasa percaya diri akibat evaluasi yang negatif dan berkelanjutan dalam jangka waktu yang lama.

2) Rentang Respon Harga Diri Rendah

Rentang respon konsep diri dapat dijelaskan sebagai berikut, menurut pada G.W.Stuart (2016) dalam kutipan (Karim, 2022).

Gambar 2.3 Rentang Respon



Berdasarkan rentang respon, dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a) Rentang Respon Adaptif: Mencerminkan kemampuan individu dalam mengatasi masalah yang dihadapi. Terdapat dua aspek penting dalam hal ini:

- 1) Aktualisasi diri

Pengungkapan diri yang positif melibatkan konsep diri yang mencakup identitas diri, peran diri, harga diri, ideal diri, citra diri yang didasarkan pada pengalaman yang dapat diterima.

- 2) Konsep diri positif

Melibatkan pengalaman positif dalam mengaktualisasikan potensi diri, kemampuan untuk mengenali baik aspek positif maupun negatif dan diri sendiri, serta upaya untuk memaksimalkan aspek – aspek positif tersebut.

- b) Rentang Respon Maladaptif: Terjadi ketika individu tidak mampu menghadapi dan menyelesaikan masalah yang dihadapi, sehingga merespon dengan cara yang tidak sesuai atau tidak adaptif.

- 1) Harga Diri Rendah

Dimana individu cenderung memiliki penilaian diri negatif terhadap diri sendiri, merasa tidak mampu, dan merasa lebih rendah dibandingkan dengan orang lain.

- 2) Kerancauan Identitas

Dimana individu merasakan tidak ketidakmampuan dalam menetapkan tujuan atau merasa bahwa identitas mereka tidak jelas.

3) Depersonalisasi (Tidak Mengenal Diri)

Dimana individu mengalami kesulitan dalam mengenali diri sendiri, menghadapi kesulitan dalam membentuk hubungan yang sehat dengan orang lain, serta kurangnya rasa percaya diri. (Juliasari, 2018).

3) Etiologi Harga Diri Rendah

Berbagai faktor menunjang terjadinya perubahan citra diri. Melihat siklus klien, akar penyebab munculnya harga diri terletak pada masa kanak-kanak, yang sering disalahkan tetapi jarang dianggap sukses. Ketika orang mencapai pubertas, keberadaan mereka kurang berharga, mereka tidak diberi kesempatan, dan mereka tidak diterima. Di masa dewasa awal, mereka sering gagal di sekolah, di tempat kerja, dan di kehidupan sosial. Harga diri rendah muncul ketika lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari yang sebanding dengan kemampuannya (Rahayu, Mustikasari, dan Daulima, 2019).

Faktor-faktor yang menyebabkan harga diri rendah secara kronis adalah faktor predisposisi dan pemicu berikut ini:

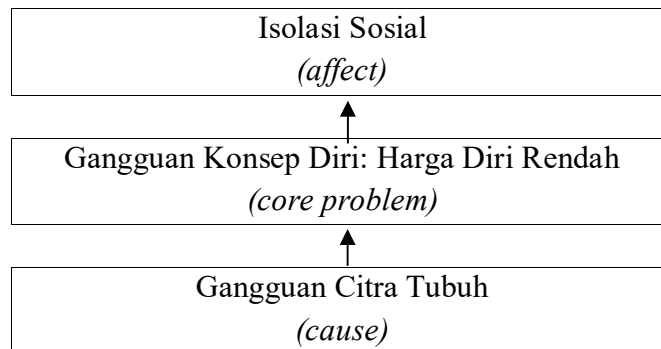
a) Faktor Prediposisi

- 1) Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi penolakan orangtua, harapan orangtua yang tidak realistis, kegagalan berulang, kurang personal, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis.
 - 2) Faktor yang mempengaruhi performa peran adalah stereotipe peran gender, tuntutan peran pekerjaan.
 - 3) Faktor yang mempengaruhi identitas pribadi meliputi tidak percayaan orangtua, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan struktur sosial.
- b) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi terjadi harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produktifitas yang menurun. Secara umum, gangguan konsep diri harga diri rendah ini dapat terjadi secara situasional atau kronik. Secara situasional karena trauma yang muncul secara tiba-tiba, misalnya harus dioperasi, kecelakaan, perkosaan atau dipenjara. (Yosep, 2016).

4) Pohon Masalah Harga Diri Rendah

Gambar 2.4 Pohon Masalah Harga Diri Rendah



5) Jenis – jenis Harga Diri Rendah

Dalam (Sihombing et al., 2020) Klasifikasi harga diri rendah dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

- a) Harga diri rendah situasional, yaitu keadaan dimana individu yang sebelumnya memiliki harga diri positif mengalami perasaan negatif mengenai diri dalam berespon terhadap suatu kejadian. (kehilangan, perubahan).
- b) Harga diri rendah kronik, yaitu keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri negatif mengenai diri atau kemampuan dalam waktu yang lama (Pardede, Keliat & Yulia, 2020).

6) Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala klien dengan harga diri rendah. Menurut pedoman pengobatan (SDKI, 2017), harga diri rendah yang kronis dan situasional adalah:

- a) Harga Diri Rendah Situasional

- 1) Perubahan pada citra tubuh
- 2) Perubahan peran sosial
- 3) Ketidak adekuatan pemahaman
- 4) Perilaku tidak konsisten dengan nilai
- 5) Kegagalan hidup berulang
- 6) Riwayat kehilangan
- 7) Riwayat penolakan
- 8) Transisi perkembangan

7) Tahapan Harga Diri Rendah

Hasil penelitian menyimpulkan bahwa harga diri rendah disebabkan oleh rendahnya keinginan seseorang. Ini mengurangi pencapaian tujuan. Saat meninjau riwayat *life span history* klien. Harga diri rendah disebabkan karena sering disalahkan pada masa kanak – kanak, jarang dipuji atas keberhasilannya, saat individu mencapai pubertas keberadaannya kurang dihargai, tidak diberi kesempatan, dan tidak diterima, hingga dewasa awal sering gagal di sekolah, dalam pekerjaan, dan pergaulan. Harga diri rendah terjadi ketika lingkungan cenderung lebih mengucilkan dan menurut melebihi kemampuannya. (Apriyanti, A, 2022).

8) Penatalaksanaan Harga Diri Rendah

- a) Farmakologi, terapi medis pada harga diri rendah ini lebih mengarah pada pemberian obat dengan golongan antidepresan, hal ini dikarenakan obat antidepresan bekerja untuk memblok

pengambilan kembali neurotransmitter norepinefrin dan serotonin, sehingga dapat meningkatkan konsentrasi penderita.

- b) *Electro Compulsif Therapy* (ECT) atau biasa disebut shock terapi merupakan pengobatan medis modern dengan cara memberikan rangsangan pada otak dengan pulse elektrik.
- c) Terapi Supportif, dimaksudkan untuk memberi dukungan, motivasi, dan semangat agar penderita tidak merasa putus asa. Terapi yang dapat dilakukan diantaranya terapi kognitif yang berorientasi terhadap masalah dan pemecahannya.
- d) Terapi Manipulasi Lingkungan, terapi yang bersifat terapeutik dapat berupa kegiatan-kegiatan yang membawa kearah penyembuhan, dan lingkungan berpengaruh sangat besar terhadap proses penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa. Tujuan terapi ini adalah untuk membantu pasien mengembangkan rasa harga diri dan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, membantu mempersiapkan diri untuk kembali ke masyarakat, dan belajar mempercayai orang lain.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses sistematis dalam pengumpulan data

dari sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Tahap pengkajian terdiri dari keluhan utama, pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien, data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spritual, data pada pengkajian keperawatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping dan kemampuan koping yang dimiliki pasien.

a. Identitas Klien

Identitas klien meliputi: nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, keagamaan, alamat, tanggal pengkajian dan tanggal masuk.

b. Identitas Penanggungjawab

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

c. Alasan Terjadinya Gangguan Jiwa

Mengkaji tentang alasan terjadinya gangguan jiwa, pada umumnya klien sakit dengan gejala-gejala pada tahap awal, yaitu: tidak bisa mengontrol emosi, klien mulai mengamuk, mencenderai dirinya sendiri, orang lain dan lingkungan.

d. Faktor Predisposisi

Kaji apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, berapa lama klien dirawat, apakah pengobatannya berhasil atau tidak serta kaji keluhan waktu mengalami gangguan.

Kaji apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien. Pengalaman masa lalu yang dapat menjadi faktor pendukung yang menyebabkan klien mengalami gangguan jiwa.

e. Pemeriksaan Fisik

Biasanya, aspek yang diperiksa mencakup tanda-tanda vital (tekanana darah, nadi, pernapasan dan suhu), berat badan, tinggi badan, dan keluhan fisik lainnya.

f. Psikososial

1) Genogram

Biasanya, genogram disusun untuk tiga generasi, yang mencakup garis keturunan keluarga klien, apakah ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa serupa dengan klien, pola komunikasi keluarga klien, pola asuh, dan siapa yang bertanggung jawab dalam pengambilan keputusan di keluarga.

2) Konsep Diri

Konsep diri meliputi aspek berikut:

a) Citra Tubuh

Menanyakan bagaimana klien melihat tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai. Umumnya, tidak ada keluhan mengenai persepsi tubuh klien, seperti bagian tubuh yang tidak disukai.

b) Identitas Diri

Menanyakan kepuasan klien dengan jenis kelaminnya, serta kepuasan klien dengan statusnya di dalam keluarga dan masyarakat. Umumnya, interaksi klien dengan keluarga maupun masyarakat tidak efektif sehingga klien merasa tidak puas dengan status atau posisinya sebagai anggota keluarga dan masyarakat.

c) Peran Diri

Umumnya, klien mengalami kesulitan dalam menjalankan peran dan tugasnya sebagai anggota keluarga dalam masyarakat.

d) Ideal Diri

Menanyakan harapan klien terhadap penyakitnya. Umumnya, klien berharap untuk segera pulang dan diperlakukan dengan baik oleh keluarga atau masyarakat agar dapat menjalankan perannya sebagai anggota keluarga atau masyarakat dengan baik.

e) Harga Diri

Umumnya, klien memiliki hubungan yang kurang baik dengan orang lain sehingga merasa diasingkan di lingkungan sekitarnya.

g. Hubungan Sosial dan Sistem Pendukung

1) Orang yang berarti

Kaji siapa yang berarti dalam kehidupan klien, tempat, menceritakan masalah, meminta bantuan dan dorongan.

2) Lingkungan

Kaji lingkungan bagaimana yang membuat klien merasa lebih tenang.

3) Arti keluarga

Kaji apakah klien memiliki arti bagi keluarga atau sebaliknya konflik keluarga kaji adakah konflik keluarga yang dapat menyebabkan klien mengalami gangguan jiwa dan cara mengatasinya.

4) Aktivitas dimasyarakat

Kaji sejauh mana klien dapat terlibat atau bersosialisasi dengan masyarakat.

5) Seksualitas

Kaji tentang kemampuan klien terhadap jenis kelaminnya. Bisa saja klien yang belum menikah merasa tidak berharga lagi karena oranglain mengasingkan.

h. Spiritual

1) Nilai Keyakinan

Ajukan pertanyaan kepada klien mengenai pandangan dan keyakinannya terhadap gangguan jiwa, yang sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianutnya. Secara umum, klien terlihat

mengamalkan keyakinan agamanya dengan melakukan ibadah sesuai dengan ajaran agamanya.

2) Kegiatan Ibadah

Tanyakan kepada klien mengenai kegiatan ibadah yang dilakukan di rumah, baik secara individu maupun secara bersama-sama dengan kelompok. Secara umum, klien jarang melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya.

i. Status Mental

1. Penampilan

Melakukan pengamatan terhadap penampilan klien dari ujung rambut hingga ujung kaki, termasuk aspek seperti rambut yang berantakan, kancing baju yang tidak terpasang dengan benar, pakaian yang terbalik, dan pilihan pakaian yang tidak sesuai. Secara umum, klien menunjukkan penampilan yang kurang rapi, dengan rambut yang berantakan, masalah kebersihan mulut dan gigi, serta aroma tubuh yang tidak sedap.

2. Pembicaraan

Mengamati pola bicara klien, apakah itu cepat, keras, gagap, membisu, apatis, lambat, atau berpindah-pindah dari satu topik ke topik lain. Secara umum, klien cenderung berbicara dengan lambat dan kesulitan untuk memulai percakapan.

3. Aktivitas Motorik

Melakukan pengamatan terhadap gerakan fisik klien. Pada umumnya, klien terlihat gelisah, sering berjalan mondar-mandir, dan melakukan gerakan mulut yang menyerupai berbicara.

4. Alam Perasaan

Mengamati kondisi emosional klien, apakah itu sedih, putus asa, gembira berlebihan, atau marah tanpa alasan yang jelas.

5. Afek

Mengamati ekspresi emosi klien, apakah itu stabil atau labil tanpa adanya pemicu yang jelas. Kadang-kadang, klien dapat menunjukkan perubahan mendadak dalam ekspresi emosi, seperti menangis tiba-tiba atau menjadi sedih tanpa alasan yang jelas.

6. Interaksi Selama Wawancara

Mengamati perilaku klien selama sesi wawancara. Pada umumnya, klien menunjukkan perilaku yang kurang kooperatif, sering diam, dan mengalihkan pandangan mata ketika diajak berbicara.

7. Persepsi

Mengamati jenis halusinasi yang dialami oleh klien, seperti pendengaran, penglihatan, perasaan sentuhan, atau pengecapan.

8. Proses Pikir

Mengamati proses berpikir klien selama wawancara, apakah itu terhenti atau terputus. Pada umumnya, klien cenderung diam

sejenak sebelum menjawab pertanyaan, seolah-olah sedang merenung, dan kadang kadang jawaban yang diberikan tidak lengkap atau disertai dengan jeda yang panjang.

9. Isi Pikir

Mengamati konten atau isi pikiran klien selama wawancara. Pada umumnya, klien lebih memilih untuk menyendiri daripada berinteraksi dengan orang lain.

10. Tingkat Kesadaran

Mengamati tingkat kesadaran klien, terutama bagi klien yang mengalami gangguan persepsi sensorik seperti halusinasi pendengaran. Klien mungkin mengalami keadaan stupor atau kebingungan, serta gangguan gerakan yang tidak teratur.

11. Memori

Mengamati gangguan dalam fungsi memori klien. Klien mungkin memiliki ingatan yang tidak konsisten atau tidak sesuai dengan kenyataan.

12. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Mengamati kemampuan konsentrasi dan berhitung klien selama wawancara. Klien mungkin kesulitan untuk berkonsentrasi atau mengingat informasi, dan sering meminta ulangan dalam percakapan.

13. Kemampuan Penilaian

Mengamati kemampuan klien dalam membuat keputusan.

j. Daya Titik Diri

Mengamati pemahaman klien tentang penyakit yang dideritanya.

Klien mungkin menyadari bahwa mereka sedang menjalani pengobatan untuk mengendalikan gejala emosional yang labil.

k. Persiapan kebutuhan pulang

1) Makan

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

2) BAB/BAK

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

3) Mandi

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

4) Berpakaian

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

5) Istirahat dan Tidur

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

6) Pemeliharaan kesehatan

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

7) Aktivitas diluar rumah

Tanyakan kemampuan pasien dalam melakukan perjalanan mandiri dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum aktivitas lain yang dilakukan diluar rumah (bayar listrik atau telepon, kantor pos dan bank).

l. Mekanisme Koping

Data didapat melalui wawancara pada klien atau keluarganya, beri tanda ceklis pada kotak koping yang dimiliki klien, baik adaptif maupun maladaptif.

m. Masalah psikososial dan lingkungan

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

n. Pengetahuan

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

o. Aspek Medis

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

p. 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.

Tabel 2.1 Analisa Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	DS: - Klien mengatakan sempat mengancam akan memarahi ibunya karna dipaksa minum obat DO: - Tatapan klien tanpa tajam - Klien terkadang berbicara dengan nada tinggi	Resiko Perilaku Kekerasan
2	DS: - Klien mengatakan merasa tidak berguna, merasa malu dengan kondisinya. DO: - canggung dengan orang baru yang ditemuinya dan klien hanya merespon dengan seadanya Klien tampak malu – malu.	Harga Diri Rendah

2. Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan pasien yang muncul dengan gangguan emosi resiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

- a. Resiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar)
- b. Gangguan konsep diri: Harga diri rendah

3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan terdiri atas empat komponen, yaitu tujuan khusus, rencana tindakan keperawatan, dan rasional. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian masalah. Tujuan ini dapat dicapai jika tujuan yang ditetapkan telah tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologi. Tujuan ini merupakan rumusan kemampuan pasien yang harus dicapai (Yusuf, 2015).

Tabel 2.2 intervensi keperawatan

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

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

			menyebutkan manfaat dosis dan efek samping obat 3. Klien dapat memahami akibat berhenti minum obat	3. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 4. Jelaskan prinsip benar minum obat (baca nama yang tertera, dosis obat, waktu, dan cara minum) 5. Beri pujian, jika klien minum obat dengan benar	3. Klien dapat memiliki kesadaran pentingnya obat 4. Klien dapat mengetahui prinsip benar agar tidak terjadi kesalahan dalam mengonsumsi obat 5. Memotivasi klien serta dapat meningkatkan harga diri
2	Harga Diri Rendah	Klien mampu: 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 2. Menilai kemampuan yang dapat digunakan 3. Memilih kemampuan yang sesuai	Setelah 1x pertemuan klien mampu: a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki b. Memiliki kemampuan yang dapat digunakan	SP 1: 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien a. Diskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan klien di rumah, adanya keluarga, dan lingkungan terdekat klien	Sp 1: 1. Mengeksplorasi kemampuan positif yang dimiliki klien 2. Membantu klien menghargai kemampuan 3. Membantu klien mengembangkan kemampuan yang ada 4. Untuk mengontrol klien dalam

		4. Merencanakan kegiatan yang sudah dipilih	c. Memilih kegiatan sesuai d. Melakukan kegiatan yang sudah dipilih e. Merencanakan kegiatan yang sudah dilatih	b. Beri pujian yang realistis dan hindarkan penilaian negatif setiap kali. 2. Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan a. Diskusikan dengan klien kemampuan yang masih digunakan saat ini. b. Bantu klien menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien. c. Perhatikan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif 3. Membantu klien memilih / menetapkan kemampuan yang akan dilatih	melakukan kegiatan nya
--	--	--	--	--	-------------------------------

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

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

				d. Susun daftar aktifitas yang sudah dilakukan bersama klien.	
			Setelah 2 kali pertemuan Sp 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp 1) 2. Pilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan. 3. Latih kemampuan yang dipilih. 4. Memasukan dalam jadwal kegiatan klien 5. Berikan penghargaan atau pujian atas kemajuan klien.	1. Memantau perkembangan klien dalam melakukan kegiatan. 2. Latih kemampuan klien yang bisa selain kemampuan yang pertama. 3. Bantu klien mengidentifikasi kemampuan yang latih. 4. Untuk mengontrol kegiatan sehari – hari. 5. Penghargaan dan pujian akan memotivikasi klien dalam kemajuan yang telah dilakukan serta diri klien.	1. Memberi semangat untuk menjalan kegiatan yang lebih baik untuk klien. 2. Dengan pujian dapat meningkatkan harga diri. 3. Memudahkan klien untuk memahami dan klien tidak lupa.

4. Implementasi Keperawatan

Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*). Perawat juga perlu mengevaluasi diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal intelektual, dan teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Setelah tidak ada hambatan lagi, maka tindakan keperawatan bisa diimplementasikan. Saat memulai untuk implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak dengan pasien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan. Kemudian penting untuk diperhatikan aspek legal yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan (Ah. Yusuf, 2015).

5. Evaluasi

Menurut Ali (2017), evaluasi adalah tahap akhir yang bertujuan untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan dalam mengatasi suatu masalah. Evaluasi keperawatan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah ditetapkan terus dilakukan untuk mengevaluasi efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan metode SOAP, yaitu:

S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

O: Respon objektif terhadap tindakan yang telah dilakukan.

A: Analisa terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru.

P: Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon pasien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa:

- a. Rencana teruskan, jika masalah tidak berubah.
- b. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijelaskan tapi hasil belum memuaskan.
- c. Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa dibatalkan.
- d. Rencana atau diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1. Identitas Klien

Nama	: Tn.Y
Umur	: 48 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Status	: Cerai Hidup
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Buruh Lepas
Tanggal Masuk	: 19 April 2025
Tanggal Pengkajian	: 22 April 2025
No.RM	: 005221
Diagnosa Medis	: Bipolar
Alamat	: Limbangan

2. Identitas penanggungjawab

Nama	: Tn. P
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Limbangan
Hub. dengan klien	: Kakak Kandung

b. Alasan Masuk

Pada saat dilakukan pengkajian 22 April 2025 klien mengatakan sebelum masuk ke klinik Nur Ilahi Assani klien di rumah mengancam kakaknya tidak mau minum obat dan mengancam akan memukul ibunya. Keluarga membawa klien ke klinik Nur Illahi pada tanggal 19 April 2025.

Saat dilakukan pengkajian klien tampak duduk dengan tatapan mata tajam, saat diajak berbincang klien menjawab dengan kooperatif tetapi dengan tatapan yang tajam. Klien dapat mengungkapkan perasaan saat ini.

c. Faktor Predisposisi

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masalalu? Ya

Klien sakit sejak tahun 2019, awal mula klien sakit mengatakan tidak bisa mengontrol emosi dan mudah tersinggung.

2. Pengobatan sebelumnya

Klien pertama kali dirawat di Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut tetapi pengobatan tidak berhasil karna tidak minum obat 3 hari.

3. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

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

4. Pengalaman masalalu lain yang tidak menyenangkan?

Klien mengatakan pernah dipukul.

d. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum: Baik

2. Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 110/80 MmHg

Nadi : 89x/menit

Suhu : 36,5°C

Respirasi : 22x/menit

3. Pemeriksaan Antropometri

Tinggi Badan : 165cm

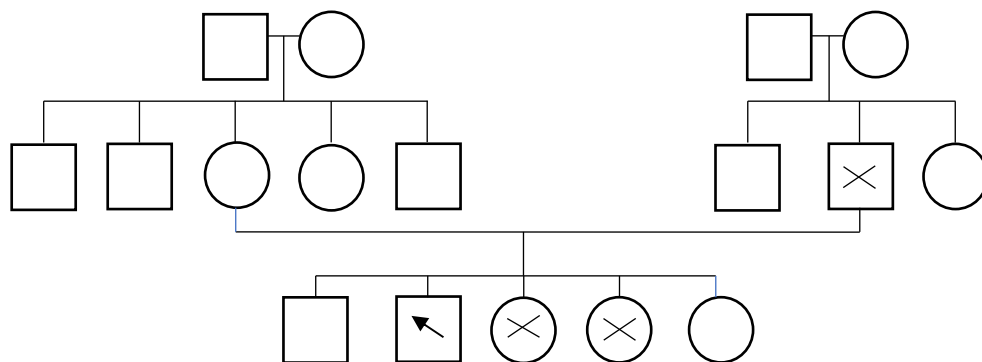
Berat Badan : 60kg

4. Keluhan Fisik

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak ada keluhan.

e. Psikososial

1. Genogram



Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

— : Garis Perkawinan

|

: Garis Keturunan

↖ : Klien

× : Meninggal

Keterangan:

Klien merupakan anak ke 2 dari 5 bersaudara, dikeluarganya tersebut tidak ada yang memiliki gangguan jiwa selain klien, klien sudah menikah namun bercerai. Klien tinggal dirumahnya bersama ibu, kakak, adiknya. Klien tidak bekerja dan kegiatan sehari-harinya hanya membantu kakaknya.

Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah

2. Konsep Diri

a. Citra Tubuh

Klien menyukai seluruh anggota tubuh terutama kumis.

b. Identitas Diri

Klien mengatakan dirinya adalah laki-laki berusia 48 tahun dan merupakan anak ke 2 dari 5 bersaudara

c. Peran Diri

Sebagai anak laki-laki klien merasa belum mampu membantu keluarga.

d. Ideal Diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin cepat pulang.

e. Harga Diri

Klien mengatakan merasa tidak berguna, merasa malu dengan kondisinya.

Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah

3. Hubungan Sosial

a. Orang Terdekat

Klien mengatakan orang yang terdekat dalam hidupnya adalah kakaknya namun klien mengatakan belum dijenguk.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok

Klien di Yayasan dapat mengikuti kegiatan kelompok.

4. Spiritual dan Kultural

a. Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan bahwa klien beragama islam dan rajin beribadah

b. Kegiatan beribadah

Klien selalu shalat 5 waktu dan melakukan sunahnya

f. Status Mental

1. Penampilan

Klien berpenampilan rapih, baju sesuai aturan, kuku pendek dan bersih, tatapan mata klien tajam, tampak canggung dengan orang baru yang ditemuinya.

2. Pembicaraan

Klien terkadang berbicara dengan nada bicara tinggi

3. Aktivitas motorik

Klien tampak aktif melakukan aktivitas kelompok.

4. Alam perasaan

Klien mengatakan kadang sedih, kadang senang

5. Afek

Labil, emosi yang berubah-ubah dan klien kadang tidak bersemangat

6. Interaksi selama wawancara

Tatapan mata klien tajam

7. Persepsi halusinasi

Klien mengatakan tidak ada halusinasi

8. Proses pikir

Pada dikaji klien terbata-bata tapi pembicaraan sampai tujuan

9. Isi pikir

Klien tidak ada gangguan isi pikir

10. Tingkat kesadaran

Compos Mentis

11. Memori

Klien mampu menceritakan kejadian di masa lalu dan klien mampu menceritakan tentang kesehariannya dengan benar.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Konsentrasi klien cukup baik dan mampu berhitung dengan baik

13. Kemampuan menilai

Klien mampu membuat keputusan sederhana

14. Daya tilik diri

Klien menyadari bahwa dirinya sedang sakit jiwa dan dirawat diklinik

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

Klien mampu mengambil makanan sendiri dan makan sendiri

2. BAB/BAK

Klien dapat melakukan secara mandiri

3. Mandi

Klien bisa mandi sendiri

4. Berpakaian

Klien mampu berpakaian sendiri

5. Istirahat dan tidur

Klien mulai tidur pukul 22.00-04.00 WIB

6. Penggunaan Obat

Klien mampu minum obat tetapi harus diawasi, klien minum obat 3x1 hari.

Jenis obatnya antara lain:

- a) Stelosi (2x1)
- b) Risperidon (2x1)
- c) Heximer (2x1)

d) Chlopromazine (1x1)

e) Nuzip (1x1)

7. Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan jika sudah pulang akan memenuhi anjuran dokter dan perawat untuk minum obat secara teratur.

8. Aktivitas dalam rumah

Klien dapat bersih bersih rumah secara mandiri

9. Aktivitas diluar rumah

Klien mengatakan jika sudah pulang ingin mencari kegiatan yang bermanfaat.

Masalah keperawatan:

h. Mekanisme Koping

1. Adaptif

- Berbicara dengan oranglain
- Olahraga
- Beribadah dan pengajian

2. Maladaptif

- Tatapan tajam
- Emosi tidak terkontrol
- Pasif agresif (suka menentang dan membantah)

i. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan keluarga

2. Masalah dengan lingkungan

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan lingkungan

3. Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan tidak ada masalah selama sekolah

4. Masalah pekerjaan

Klien mengatakan tidak ada masalah

5. Masalah dengan perumahan

Klien mengatakan tidak ada masalah

6. Masalah perekonomian

Klien tidak ada penghasilan dan mengandalkan keluarga

7. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan tidak ada masalah dalam pelayanan kesehatan

8. Masalah lainnya

Klien mengatakan mengetahui tentang penyakit yang dialaminya

Masalah keperawatan:

j. Aspek Medis

a. Diagnosa Medis: Gangguan Apekid Bipolar

b. Terapi Medis:

a) Stelosi 1-0-1

b) Respiridon 1-0-1

c) Hexymer 1-0-1

d) Chloprozamin 1-1

e) Nuzip 1-1

k. Masalah keperawatan

a. Resiko Prilaku Kekerasan

b. Harga Diri Rendah

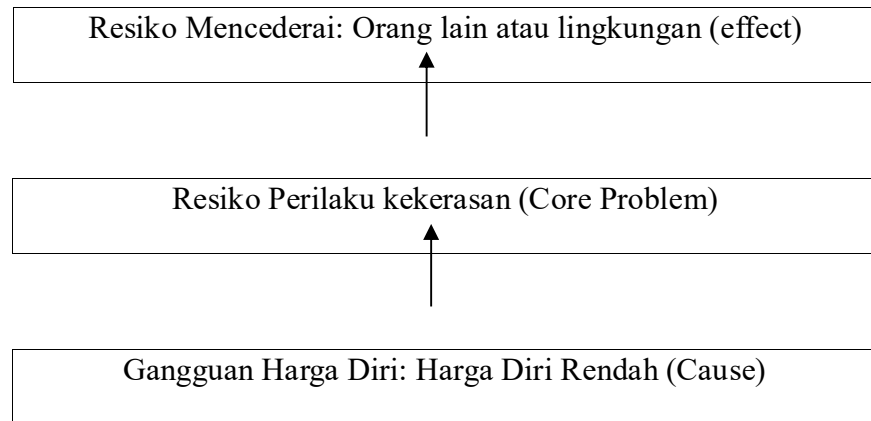
l. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Masalah
1.	DS: - klien mengatakan sebelum masuk ke klinik Nur Ilahi Assani klien di rumah mengancam kakaknya tidak mau minum obat dan mengancam akan memukul ibunya. DO: - Tatapan klien tampak tajam - Klien terkadang berbicara dengan nada tinggi	Resiko Prilaku Kekerasan
2.	DS: - Klien mengatakan merasa tidak berguna, merasa malu dengan kondisinya. DO: - Tampak canggung dengan orang baru yang ditemuinya	Harga Diri Rendah

m. Pohon Masalah

Gambar 3.1 pohon masalah



2. Diagnosa Keperawatan

- a. Resiko Perilaku Kekerasan (pada diri sendiri, oranglain, dan lingkungan sekitar) b.d sulit mengontrol emosi
- b. Harga Diri Rendah b.d kurangnya rasa percaya diri.

3. Intervensi Keperawatan

Nama : Tn.Y

Klinik: Klinik Illahi Nur Assanie

Umur : 48 Tahun

No RM: 005221

Jenis kelamin : Laki-laki

Dx: Gangguan Apektif Bipolar

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Rencana Keperawatan		Intervensi	rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil		
1	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan perawatan klien mampu: 1. Membina hubungan saling percaya 2. Klien dapat mengenal halusinasinya 3. Klien dapat mengontrol halusinasinya	Setelah 1x pertemuan klien dapat : 1. Ketika dievaluasi pasien mampu membalas salam, tersenyum, ada kontak mata serta menyediakan waktu untuk kunjungan berikutnya 2. Bersedia menceritakan perasaannya	SP 1 1. Bina hubungan saling percaya dengan cara menjelaskan maksud tujuan interksi dan identifikasi penyebab perasaan marah tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik I	SP 1 1. Hubungan saling percaya merupakan landasan utama untuk hubungan selanjutnya dan membantu pasien mengenali perilaku kekerasan dan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan

		4. Mengikuti program pengobatan secara optimal 5. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik	Setelah pertemuan kedua klien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari	SP 2 Latih mengontrol perilaku kekerasan secara fisik II : 1. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 2. Pukul Kasur dan bantal	SP 2 1. Agar pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara teknik nafas dalam dan memukul bantal
			Setelah pertemuan ketiga klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari	SP 3 Latih mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal: 1. Menolak dengan baik 2. Meminta dengan baik 3. Mengungkapkan perasaan dengan baik	SP 3 1. Untuk melatih pasien mengungkapkan rasa marah secara verbal seperti menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan cara yang baik.
			Setelah pertemuan keempat klien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan	SP 4 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual	SP 4 1. Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara beribadah sholat dan berdoa

			2. Klien dapat menyebutkan manfaat dosis dan efek samping obat 3. Klien dapat memahami akibat berhenti minum obat	3. Anjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian	
			Setelah pertemuan kelima klien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Klien memahami prinsip benar minum obat	SP 5 1. Evaluasi kegiatan harian klien 2. Mendiskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter 3. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 4. Jelaskan prinsip benar minum obat (baca nama yang tertera, dosis obat, waktu, dan cara minum) 5. Beri pujian, jika klien minum obat dengan benar	SP 5 1. Memanatu perkembangan pasien dan menentukan berjalannya intervensi selanjutnya 2. Klien dapat mengetahui kegunaan obat yang dikonsumsi klien 3. Klien dapat memiliki kesadaran pentingnya obat 4. Klien dapat mengetahui prinsip benar agar tidak terjadi kesalahan dalam mengonsumsi obat 5. Memotivasi klien serta dapat meningkatkan harga diri

2	Harga Diri Rendah	Klien mampu: 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 2. Menilai kemampuan yang dapat digunakan 3. Memilih kemampuan yang sesuai 4. Merencanakan kegiatan yang sudah dipilih	Setelah 1x pertemuan klien mampu: a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki b. Memiliki kemampuan yang dapat digunakan c. Memilih kegiatan sesuai d. Melakukan kegiatan yang sudah dipilih e. Merencanakan kegiatan yang sudah dilatih	SP 1: 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih di miliki klien a. Diskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan klien dirumah, adanya keluarga, dan lingkungan terdekat klien b. Beri pujian yang realistis dan hindarkan penilaian negatif setiap kali. 2. Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan a. Diskusikan dengan klien kemampuan yang masih digunakan saat ini. b. Bantu klien menyebutkan dan memberi penguatan	Sp 1: 1. Mengeksplorasi kemampuan positif yang dimiliki klien 2. Membantu klien menghargai kemampuan 3. Membantu klien mengembangkan kemampuan yang ada 4. Untuk mengontrol klien dalam melakukan kegiatan nya
---	-------------------	---	---	---	--

				terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien. c. Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif 3. Membantu klien memilih / menetapkan kemampuan yang akan dilatih a. Diskusikan dengan klien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan klien lakukan sehari-hari b. Bantu klien menetapkan aktifitas mana yang dapat klien lakukan secara mandiri c. Aktifitas yang memerlukan bantuan minimal dari perawat atau keluarga d. Aktifitas apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat klien.	
--	--	--	--	--	--

				e. Beri contoh cara pelaksanaan aktifitas yang telah dipilih klien f. Mendiskusikan dengan klien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang sudah dipilih klien) 4. Melatih kemampuan yang dipilih a. Bersama klien memperagakan beberapa kegiatan yang akan dilakukan oleh klien b. Berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai dengan kemampuan yang diperlihatkan klien 5. Membantu menyusun a. Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan b. Memberikan pujian atas aktifitas / kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari	
--	--	--	--	--	--

				c. Tingkatkan kegiatan sesuai toleransi dan perubahan setiap kegiatan. d. Susun daftar aktifitas yang sudah dilakukan bersama klien.	
			Setelah 2 kali pertemuan Sp 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp 1) 2. Pilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan. 3. Latih kemampuan yang dipilih. 4. Memasukan dalam jadwal kegiatan klien 5. Berikan penghargaan atau pujian atas kemajuan klien.	1. Memantau perkembangan klien dalam melakukan kegiatan. 2. Latih kemampuan klien yang bisa selain kemampuan yang pertama. 3. Bantu klien mengidentifikasi kemampuan yang latih. 4. Untuk mengontrol kegiatan sehari – hari. 5. Penghargaan dan pujian akan memotivikasi klien dalam kemajuan yang telah dilakukan serta diri klien.	1. Memberi semangat untuk menjalan kegiatan yang lebih baik untuk klien. 2. Dengan pujian dapat meningkatkan harga diri. 3. Memudahkan klien untuk memahami dan klien tidak lupa.

4. Implementasi

Nama : Tn. Y

Umur : 48 Tahun

Klinik : Klinik Nur Illahi Assanie

No.RM : 005221

Tabel 3.3 Implementasi Dan Evaluasi

No	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Resiko Perilaku Kekerasan	Tanggal 23 April 2025 Jam 09.00 SP 1: 1) Memberi salam/panggil nama klien 2) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan 3) Membantu klien latihan nafas dalam 4) Menganjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian	S : Klien mengatakan mudah marah, saya mau Latihan kalau marah saya Tarik nafas dalam, Tarik dari hidung perlahan dan keluar lewat mulut O : – Klien berbicara dengan nada yang keras – Klien mampu melakukan Tarik nafas dalam dengan mandiri – Klien tampak gelisah A : Masalah resiko perilaku kekerasan SP 1 p : – Lanjut SP 2 diruang perawatan klien – Motivasi klien untuk Latihan mengontrol marah Tarik nafas	Rio

			dalam sesuai jadwal harian	
		Tanggal 24 April 2025 Jam 09.30 SP 2 : 1) Melatih mengontrol perilaku kekerasan secara fisik II 2) Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam 3) Memukul Kasur dan bantal	S : Klien antusias dan bersemangat dalam menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dan mampu mengulangi tindakan tarik nafas dalam dan mengontrol marah dengan memukul kasur dan bantal untuk melampiaskan O : 1. Klien mengepal tangan 2. Klien mampu memukul bantal dengan mandiri 3. Pandangan tajam A : SP 2 tercapai Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan P : Lanjutkan SP 3 Motivasi klien untuk latihan mengontrol marah dengan pukul kasur dan bantal	Rio
		Tanggal 25 April 2025 Jam 10.00 SP 3: 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara	S : Klien mengatakan merasa senang dan telah mampu mengontrol emosinya setelah perawat menjelaskan tarik nafas dalam, memukul bantal dan	Rio

		sosial/verbal katakana bahwa anda sedang kesal 3) Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian	sekarang Latihan berbicara dengan baik O : – Kontak mata baik – Klien tampak tenang – Klien kooperatif – Klien mampu komunikasi dengan baik A : Masalah resiko perilaku kekerasan Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan P : Motivasi klien untuk shalat 5 waktu sesuai jadwal shalat	
		Tanggal 26 April 2025 Jam 10.00 SP 4 : 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3) Menganjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian	S : Klien mengatakan senang dan akan mengulangi apa yang diajarkan perawat O: – Kontak mata baik – Klien kooperatif – Klien mengatur jadwal harian sholat 5 waktu A : Masalah resiko perilaku kekerasan P : – Lanjutkan SP resiko perilaku kekerasan – Motivasi klien untuk minum obat sesuai jadwal harian	Rio

		Tanggal 28 April 2025 Jam 10.00 SP 5 : 1) Mengevaluasi kegiatan harian klien 2) Mendiskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter/perawat 3) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 4) Menjelaskan prinsip benar minum obat (baca nama yang tertera, dosis obat, waktu, cara minum) 5) Memberi pujian, jika klien minum obat dengan benar	S : – Klien mengatakan dapat obat empat macam haloperidol, stelosi, hexymer dan chlorpromazine (CPZ) – Klien mengatakan harus minum obat secara teratur dan obat sesuai jadwal supaya tenang dan tidak rileks. O : – Kontak mata baik – Klien kooperatif – Klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian minum obat A : – SP 5 teratasi sebagian – Klien dapat menggunakan obat-obatan yang diminum dan yang digunakannya (jenis, dosis, waktu, dan efek). P : – Lanjutkan SP resiko perilaku kekerasan	Rio
2	Harga Diri Rendah	Tanggal 26 April 2025 Jam 09.00 1) Membina hubungan saling percaya (Ucapkan salam, berkenalan, dan mengungkapkan) 2) Mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki klien	S: 1) Klien memperkenalkan dirinya 2) Klien mengatakan saya sering melakukan kegiatan sendiri seperti merapikan tempat tidur	Rio

		3) Menilai kemampuan yang akan dilatih 4) Menilai kemampuan pertama yang telah dipilih 5) Memasukkan ke dalam jadwal kegiatan	3) Klien mengatakan memilih merapikan tempat tidur 4) Klien mengatakan merapikan tempat tidur dahulu O: 1) Klien tampak merapikan tempat tidur 2) Klien mampu merapikan tempat tidur secara mandiri A: Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah P: Lanjutkan Intervensi Sp 2	
		Tanggal 28 April 2025 Jam 09.00 SP 2 1) Melakukan kegiatan yang kedua (SP2) 2) Memilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan 3) Melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan klien 4) Bantu klien menetapkan kegiatan mana yang dapat klien lakukan secara mandiri,	S: Klien mengatakan senang melakukan hal positif seperti mengaji O: 1) Klien tampak mengikuti kegiatan pengajian 2) Klien tampak mampu melakukan kegiatan mengaji secara mandiri A: Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah P: Hentikan Intervensi	Rio

		mana kegiatan yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga dan kegiatan apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat klien. Pelaksanaan kegiatan yang dapat dilakukan klien. Susun bersama klien dan buat daftar kegiatan sehari – hari klien. 5) Susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih.		
--	--	---	--	--

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3.4 Catatan Perkembangan

No	DX	Waktu	Catatan Perkembangan	TTD
1	Resiko Perilaku Kekerasan	28 April 2025 Jam 13.00	SP 1 S : – Klien mengatakan sudah mulai bisa mengontrol emosinya dan setelah perawat menjelaskan bagaimana cara mengontrol emosinya O : – Klien memperagakan tarik nafas dalam – Kontak mata ada – Pandangan tajam A : – SP 1 teratasi	Rio

			– Klien mampu mempragakan cara tarik nafas dalam dengan benar P : – Evaluasi SP 1 – Lanjutkan ke SP 2 – Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu memukul kasur atau bantal	
			SP 2 S : – Klien mengatakan tidurnya sudah mulai nyenyak – Klien mengatakan ciri-ciri perilaku kekerasan wajah tegang, mata melotot dan nada suara tinggi O : – Klien mempragakan tarik nafas dalam – Klien mempragakan cara mengontrol marah dengan memukul kasur atau bantal – Klien tampak tenang – Kontak mata ada A : – SP 2 teratasi – Klien mampu mempragakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan dengan pukul kasur atau bantal dengan benar P : – Evaluasi SP 1, SP 2 – Pertahankan intervensi – Latihan cara mengontrol marah dengan memukul bantal atau kasur	Rio
			SP 3 : S : – Klien mengatakan mampu mengontrol marah dengan bercakap-cakap dengan orang lain O : – Klien tampak tenang	Rio

			– Klien tampak mampu mengontrol marah dengan bercakap-cakap dengan orang lain - A : – SP 3 teratasi – Klien mampu mengontrol marah dengan bercakap-cakap dengan orang lain - P : – Evaluasi SP1, SP 2, dan SP 3 – Latihan cara mengontrol mampu mengontrol marah dengan melaksanakan sholat	
			SP 4 S : – Klien mengatakan mampu mengontrol marah dengan melaksanakan sholat O : – Klien tampak tenang – Kontak mata ada – Klien tampak dapat mengontrol marah dengan melaksanakan sholat 5 waktu A : – SP 4 teratasi – Klien mampu mengontrol marah dengan melaksanakan sholat 5 waktu P : – Evaluasi SP 1, SP 2, SP 3, dan SP 4	Rio
			SP 5 S : – Klien mengatakan mampu mengontrol marah dengan minum obat O : – Klien tampak tenang – Klien mau minum obat secara teratur – Klien tidak mampu menjelaskan pengobatan 5B P : – Evaluasi SP 1, SP 2, SP 3, SP 4, dan SP 5	Rio

			– Menjelaskan pengobatan 5B, melatih klien minum obat	
2	Harga Diri Rendah	28 April 2025 Jam 13.30	Sp 1 : S : 1. Klien mengatakan bisa memperkenalkan dirinya 2. Klien mampu memilih aktivitas yang baik 3. Klien mengatakan suka membereskan tempat tidur O : 1. Klien tampak tenang 2. Klien tampak mampu berkomunikasi dengan temannya A : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah P : Mengevaluasi jadwal kegiatan klien melatih klien mengontrol harga diri rendah dengan cara Sp2 Harga diri rendah dengan cara beraktivitas dan bercakap – cakap dengan orang lain	Rio
			Sp 2: S: 1. Klien mampu memilih aktivitas sehari-harinya dengan baik seperti melakukan aktivitas seperti mengaji O: 1. Klien tampak tenang 2. Klien tampak mengikuti kegiatan 3. Klien tampak melakukan aktivitasnya A: Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah P: Latih klien dengan beraktivitas (Membereskan tempat tidur) I: Mengevaluasi jadwal kegiatan klien melatih klien mengontrol harga diri	Rio

			rendah dengan cara Sp2 Harga diri rendah dengan cara beraktivitas dan bercakap – cakap dengan orang lain E: Sp2 teratasi R : Masalah teratasi sebagian, pertahankan intervensi	
--	--	--	--	--

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini, penulis membahas tentang masalah yang didapatkan selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. Y di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang. Masalah yang di dapatkan tidak ada berupa kesenjangan antar teori dengan keadaan lapangan, serta faktor yang mendukung dan menghambat selama pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Resiko Prilaku Kekerasan dari mulai pengkajian sampai evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian dilaksanakan untuk memperoleh data klien baik data yang bersifat subjektif maupun yang bersifat objektif data subjektif didapatkan dari wawancara langsung pada klien dan tim kesehatan lain, sedangkan data objektif diperoleh dari observasi langsung dan pengkajian terhadap klien.

Dalam pengkajian untuk mengumpulkan data, penulis menggunakan teknik komunikasi terapeutik yaitu pendekatan pada klien (bina hubungan saling percaya). Pendekatan tersebut berupa

wawancara dan observasi. Pada tahap ini, tidak semua masalah keperawatan pada tinjauan teori ditemukan pada kasus Tn. Y karena dalam menentukan diagnosa penulis melihat dari data yang didapat pada hasil pengkajian.

Pada awal pengkajian, penulis mengalami hambatan, hal ini dipengaruhi oleh faktor kondisi klien yang mengalami gangguan jiwa dengan resiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah. Untuk mengatasi masalah ini penulis berusaha menciptakan hubungan saling percaya melalui teknik komunikasi terapeutik yang dimulai dari fase pra interaksi, orientasi, kerja, dan terminasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Tn. Y dengan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran yang mungkin muncul ada 2 diagnosa dan sesuai dengan kasus yang penulis temukan yaitu:

- a. Resiko Perilaku Kekerasan
- b. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

Hal ini sesuai dengan teori dengan gangguan resiko perilaku kekerasan yang sesuai dengan teori menurut Mukhrimah, 2015 yaitu;

- a. Resiko Perilaku Kekerasan
- b. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

Jadi dalam diagnosa keperawatan pada Tn. Y tidak terdapat kesenjangan dikarenakan adanya kesesuaian antara teori dan lapangan.

3. Intervensi Keperawatan

Suatu keberhasilan dalam asuhan keperawatan memerlukan perencanaan yang disusun untuk melakukan tindakan terhadap klien, sehingga dapat disusun suatu rencana yang tepat antara tindakan yang dilakukan terhadap klien dengan masalah yang dihadapi oleh klien. Dalam perencanaan, penulis tidak mengalami kesulitan yang berarti, baik dalam melakukan hubungan dengan klien maupun dalam melakukan penyusunan masalah yang dialami klien, hal ini dikarenakan klien yang hanya mengalami kondisi halusinasi dengar yang dapat ditangani dengan cara menumbuhkan rasa percaya kepada klien. Menurut WHO (2014), menetapkan hubungan terapeutik, kontak sering dan singkat secara bertahap, peduli, empati, jujur, menepati janji dan memenuhi kebutuhan dasar klien pada umumnya melindungi dari perilaku yang membahayakan, tidak membenarkan ataupun menyalahkan halusinasi klien, melibatkan klien dalam perencanaan asuhan keperawatan dan mempertahankan perilaku keselarasan verbal dan non verbal. Keberhasilan dalam proses perencanaan, dapat terlaksana dengan adanya faktor pendukung dalam melaksanakan proses tersebut, yaitu:

- a. Adanya hubungan yang tercipta secara baik antara klien dengan penyusun, sehingga perencanaan yang dilakukan dan disetujui oleh klien.

- b. Tersedianya sumber daya yang menunjang dalam penyusun studi kasus yang menyusun laksanakan sehingga dapat membantu penyusun dalam melakukan perencanaan.
- c. Adanya pihak yang dapat membantu dalam proses perencanaan sehingga memudahkan dalam proses perencanaan, seperti pihak Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Samarang dan perawat yang memberikan kesempatan bagi penyusun untuk melakukan studi kasus melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien Tn. Y dengan Resiko Perilaku Kekerasan Akibat Gangguan Afektif Bipolar.

4. Implementasi

Pada tahap ini, penulis melaksanakan Tindakan sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan, dan disesuaikan dengan situasi juga kondisi klien. Tidak ada kesenjangan antara Tinjauan Teoritis dan Tinjauan Kasus.

Pada tanggal 23-25 April 2025 perawat melakukan SP 1 untuk diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan yaitu: Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab perasaan marah, mengidentifikasi tanda dan gejala yang dirasakan, mengidentifikasi Perilaku Kekerasan yang dilakukan, akibat dan cara mengontrol secara fisik 1 (Tarik nafas dalam). Melakukan SP 2 untuk diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan yaitu mengontrol Perilaku Kekerasan secara fisik ke-2 (pukul bantal). Melakukan SP 3 untuk diagnosa

Risiko Perilaku Kekerasan yaitu: Melatih mengontrol Perilaku Kekerasan secara verbal. Melakukan SP 4 untuk resiko perilaku kekerasan yaitu spiritual, dan SP 5 yaitu mengajarkan patuh minum obat.

Pada tanggal 25 April 2025 dilakukan SP 1 untuk masalah kedua yaitu harga diri rendah yang isinya mencakup: bina hubungan saling percaya, mengidentifikasi aspek dan kemampuan positif, membantu menilai kemampuan yang dapat digunakan, membantu klien memilih kemampuan positif yang akan dilatih yang dimiliki pasien, melatih kemampuan yang dimiliki klien, dan membantu klien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih.

5. Evaluasi

Evaluasi dapat dilihat dari hasil tindakan dan dengan tujuan atau kriteria evaluasi, apabila masalah dapat diatasi atau belum. Dalam kenyataannya masalah yang dihadapi klien dapat dicapai yaitu: ancaman halusinasi sudah berkurang baik akan sifat, jumlah maupun waktu, perilaku klien menunjukkan kemajuan, klien mulai belajar mengendalikan halusinasi dan mengikuti terapi aktivitas kelompok, klien mulai menyadari perlunya berada bersama orang lain untuk mengatasi halusinasinya. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan akibat gangguan afektif bipolar.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. Y dengan Resiko Perilaku Perilaku Kekerasan dengan Gangguan Afektif Bipolar di Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kab. Garut, mulai dari tanggal 22-27 April 2025 dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis dapat melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn. Y dengan Resiko Perilaku Perilaku Kekerasan dengan Gangguan Afektif Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie Samarang Garut.
2. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. Y dengan Resiko Perilaku Perilaku Kekerasan dengan Gangguan Afektif Bipolar Di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
3. Penulis dapat menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada Tn. Y dengan Resiko Perilaku Perilaku Kekerasan dengan Gangguan Afektif Bipolar Di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
4. Penulis dapat melaksanakan tindakan asuhan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan pada Tn. Y dengan Resiko Perilaku Perilaku Kekerasan

dengan Gangguan Afektif Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

5. Penulis dapat melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn. Y dengan Resiko Perilaku Perilaku Kekerasan dengan Gangguan Afektif Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. Y dengan Resiko Perilaku Perilaku Kekerasan dengan Gangguan Afektif Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Samarang Garut.

B. Rekomendasi

1. Untuk Institusi STIKes Karsa Husada Garut Sebagai bahan tambahan bahan bacaan yang dapat dijadikan sebagai acuan atau referensi dalam pembelajaran di perkuliahan dan institusi dan sebagai bahan masukan pengembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran sebagai pertimbangan dan data referensi bagi peneliti sebelumnya.
2. Untuk Klien dan Keluarga Klien, hendaknya keluarga klien selalu memberikan dukungan dan dorongan pada klien dengan secara rutin, sehingga hubungan keluarga dan klien tetap terjaga dan klien merasa mendapatkan perhatian yang pada akhirnya dapat membantu dalam proses penyembuhan klien.
3. Untuk Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang, sebagai bahan masukan, acuan, dan pertimbangan bagi profesi keperawatan dalam

meningkatkan pelayanan kesehatan dan memberikan informasi bagi Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Samarang.

4. Untuk Mahasiswa Diharapkan lebih bersungguh-sungguh dan lebih cermat dalam melihat kebutuhan klien, juga pemberian motivasi terhadap klien untuk mengenal sisi positif dirinya dan berinteraksi dengan orang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa/Ah. Yusuf, Rizky Fitryasari PK, Hanik Endang Nihayati_Jakarta: Salemba Medika, 2015 1 jil., 366.
- Cholilalah. 2023. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. *Penerapan Prinsip-Prinsip Dalam Praktek Keperawatan*.
- Damaiyanti, Mukhrifah. 2015. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. ed. Aep Gunarsa. Bandung: PT Reflika Aditama.
- Dr. Baharudin, SKM, Syamsir, S.SiT, M. Kes (2023) Keperawatan Jiwa; Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Dan Asuhan Keperawatan Pasien Perilaku Kekerasan (PK), Sulawesi: Nas Media Pustaka
- Hadiansyah, T., Edyana, A., & Wirda, N. I. (2022). Efektifitas Tindakan Strategi Keperawatan Terhadap Klien Harga Diri Rendah di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat. *Jurnal Ilmu Kesehatan Immanuel*, 16(1), 1 7.
- Herri Zan, Dr. Namora, M. Sc (2017) Pengantar Psikologi Dalam Keperawatan, Depok: PT. Kharisma Putra Utama
- Ni Ketut Putri Ariani, Dr. Cokorda, Dkk. (2024) Buku Ajar Psikiatri Edisi I, Nusa Tenggara Barat: Penerbit P4I
- Ns. Ayu Ida, I Gusti Ayu, Dkk. (2023) Asuhan Keperawatan Jiwa, Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia
- Ns. Bunga Permata Wenny (2023) Asuhan Keperawatan Jiwa Klien Dengan Halusinasi, Waham, dan Perilaku Kekerasan, Bantul: CV. Mitra Edukasi Negeri
- Ns. Bunga Permata Wenny (2023) Asuhan Keperawatan Jiwa Klien Dengan Harga Diri Rendah, Resiko Bunuh Diri, dan Defisit Perawatan Diri, Bantul: CV. Mitra Edukasi Negeri
- Ns. Emi Wuri, Dr. Dwi Windarwati, dkk. (2020) Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1, Jember: UPT Percetakan dan Penerbitan, Universitas Jember
- Ns. Hendro Wahyudi, Christina Trisnawati, Dkk. (2023) Buku Ajar Keperawatan Jiwa, Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia

- Ns. Sri Nyumirah, Kens Napolion, dkk. (2023) *Mental Health Nursing (Keperawatan Kesehatan Jiwa)*, Sulawesi Selatan: Rizmedia Pustaka Indonesia
- Purba, Rani Anggraeni, and Yohanis Franz La Kahija. 2018. "Pengalaman Terdiagnosis Bipolar: Sebuah Interpretative Phenomenological Analysis." *Jurnal Empati* 7(3): 323–29. <https://doi.org/10.14710/empati.2017.19762>.
- Stuart (2016) *Prinsip dan Praktik : Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Singapura: Elsevier.

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK) PADA KLIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Tanggal 23-28 April 2025

A. Proses keperawatan

1. Kondisi Klien

DS:

- Klien mengatakan sempat mengancam ibunya

DO:

- Tatapan klien tampak tajam
- Klien terkadang berbicara dengan nada tinggi

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Keperawatan

- Pasien mengenali resiko perilaku kekerasan yang dialaminya
- Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan
- Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

4. Tindakan Keperawatan

- Bina hubungan saling percaya
- Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
- Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya

- d. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
- e. Latih mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual:
- f. Latih mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat:
 - 1) Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat
 - 2) Susun jadwal minum obat secara teratur
- g. Ikut sertakan pasien dalam Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi mengontrol Perilaku Kekerasan

SP 1 Pasien: 23 April 2025

Membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik I

ORIENTASI:

“Assalamualaikum pak, perkenalkan nama saya Rio Metseluna, panggil saya Rio, saya perawat yang dinas di ruangan ini. Hari ini saya dinas pagi dari pukul 08.00-14.00. Saya yang akan merawat bapak selama bapak di klinik ini. Nama bapak siapa, senangya dipanggil apa?”

“Bagaimana perasaan bapak saat ini?, Masih ada perasaan kesal atau

marah?” “Baiklah kita akan berbincang-bincang sekarang tentang perasaan marah bapak” “Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang?” Bagaimana kalau 10 menit? “Dimana enaknya kita duduk untuk berbincang-bincang, pak? Bagaimana kalau di ruang tamu?”

KERJA:

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

“Pada saat penyebab marah itu ada, seperti bapak pulang ke rumah dan orang rumah belum menyediakan makanan(misalnya ini penyebab marah pasien), apa yang bapak rasakan?” (tunggu respons pasien)

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

“Setelah itu apa yang bapak lakukan? O..iya, jadi bapak marah-marah dan ingin memukul kaka bapak dan melempar barang, apakah dengan cara ini membuat bapak tenang? Iya, tentu tidak. Apa kerugian cara yang bapak lakukan? Betul, orang rumah jadi takut, barang-barang pecah. Menurut bapak adakah cara lain yang lebih baik? Maukah bapak belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?”

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

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

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

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

TERMINASI

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

”Iya jadi ada 2 penyebab bapak marah dan yang bapak rasakan kesal dan yang bapak lakukan marah-marah dan melempar barang serta akibatnya orang sekitar bapak merasa ketakutan.

”Coba selama saya tidak ada, ingat-ingat lagi penyebab marah bapak yang lalu, apa yang bapak lakukan kalau marah yang belum kita bahas dan jangan lupa latihan napas dalamnya ya pak. „Sekarang kita buat jadwal latihannya ya pak, berapa kali sehari bapak mau latihan napas dalam?, jam berapa saja pak?”

”Baik, bagaimana kalau 10 menit lagi saya datang dan kita latihan cara yang lain untuk mencegah/mengontrol marah. Tempatnya disini saja ya

pak, assalamu“alaikum”

SP 2 Pasien: 24 April 2025

Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik ke-2

ORIENTASI

“Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya dua jam yang lalu sekarang saya datang lagi”

“Bagaimana perasaan bapak saat ini, adakah hal yang menyebabkan bapak marah?”

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

“Mau berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?”

“Dimana kita bicara?Bagaimana kalau di ruang tamu?”

KERJA

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

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

“Kekesalan lampiaskan ke kasur atau bantal.”

“Nah cara inipun dapat dilakukan secara rutin jika ada

perasaan marah. Kemudian jangan lupa merapikan tempat tidurnya

TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?” “Ada berapa cara yang sudah kita latih, coba bapak sebutkan lagi? Bagus!”

“Mari kita masukkan ke dalam jadual kegiatan sehari-hari bapak. Pukul kasur bantal mau jam berapa? Bagaimana kalau setiap bangun tidur? Baik, jadi jam 05.00 pagi. dan jam 15.00 sore. Lalu kalau ada keinginan marah sewaktu-waktu gunakan kedua cara tadi ya pak. Sekarang kita buat jadwalnya ya pak, mau berapa kali sehari bapak latihan memukul kasur dan bantal serta tarik nafas dalam ini?”

“Besok pagi kita ketemu lagi kita akan latihan cara mengontrol marah dengan belajar bicara yang baik. Mau jam berapa pak? Baik, jam 10 pagi ya. Sampai jumpa”

SP 3 Pasien: 25 April 2025

Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal:

ORIENTASI

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

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

“Coba saya lihat jadwal kegiatan hariannya.”

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

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

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

“Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 20 menit?”

KERJA

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

1. Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin Bapak bilang penyebab marahnya karena minta uang sama isteri tidak diberi. Coba Bapak minta uang dengan baik:”Bu, saya perlu uang untuk membeli rokok.” Nanti bisa dicoba di sini untuk meminta baju, minta obat dan lain-lain. Coba bapak praktekan. Bagus pak.”
2. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan bapak tidak

ingin melakukannya, katakan: „Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan“. Coba bapak praktekan. Bagus pak”

3. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal bapak dapat mengatakan: “Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu“. Coba praktekan. Bagus”
4. Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu“. Coba praktekan. Bagus”

TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol marah dengan bicara yang baik?”

“Coba bapak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari”

“Bagus sekali, sekarang mari kita masukkan dalam jadual. Berapa kali sehari bapak mau latihan bicara yang baik?, bisa kita buat jadwalnya?”

Coba masukkan dalam jadual latihan sehari-hari, misalnya meminta obat, uang, dll. Bagus nanti dicoba ya Pak!”

“Bagaimana kalau dua jam lagi kita ketemu lagi?”

“Nanti kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah bapak yaitu dengan cara ibadah, bapak setuju? Mau di mana Pak? Di sini lagi? Baik sampai nanti ya”

SP 4 Pasien: 26 April 2025

Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual

ORIENTASI

“Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya dua jam yang lalu sekarang saya datang lagi” Baik, yang mana yang mau dicoba?”

“Bagaimana pak, latihan apa yang sudah dilakukan? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Bagus sekali, bagaimana rasa marahnya”

“Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara lain untuk mencegah rasa marah yaitu dengan ibadah?”

“Dimana enaknya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat tadi?” “Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 20 menit?”

KERJA

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

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

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

“Nanti kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah bapak yaitu dengan cara ibadah, bapak setuju? Mau di mana Pak? Di

sini lagi? Baik sampai nanti ya”

TERMINASI

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

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

“Mari kita masukkan kegiatan ibadah pada jadual kegiatan bapak. Mau berapa kali bapak sholat. Baik kita masukkan sholat dan
(sesuai kesepakatan pasien)

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

“Setelah ini coba bapak lakukan jadual sholat sesuai jadual yang telah kita buat tadi”

“Besok kita ketemu lagi ya pak, nanti kita bicarakan cara keempat mengontrol rasa marah, yaitu dengan patuh minum obat.. Mau jam berapa pak? Seperti sekarang saja, jam 10 ya?”

“Nanti kita akan membicarakan cara penggunaan obat yang benar untuk mengontrol rasa marah bapak, setuju pak?”

SP 5 Pasien: 28 April 2025

Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan obat

ORIENTASI

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

“Bagaimana pak, sudah dilakukan latihan tarik napas dalam, pukul kasur

bantal, bicara yang baik serta sholat?, apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?. Coba kita lihat cek kegiatannya”.

“Bagaimana kalau sekarang kita bicara dan latihan tentang cara minum obat yang benar untuk mengontrol rasa marah?”

“Dimana enaknya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat kemarin?”

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

KERJA

(perawat membawa obat pasien) “Bapak sudah dapat obat dari dokter?”

Berapa macam obat yang Bapak minum? Warnanya apa saja? Bagus!

Jam berapa Bapak minum? Bagus!

“Obatnya ada empat macam pak, yang warnanya orange namanya CPZ gunanya agar pikiran tenang, yang pink ini namanya (Halo) mengurangi stress, yang biru ini namanya (Stetolis) mengatasi gelisah/depresi sedangkan yang kuning ini namanya (hexymer) untuk penyeimbang, yang warna orange (CPZ) obat tidur semuanya ini harus bapak minum 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 8 malam” kecuali untuk obat CPZ.

“Bila terasa mata berkunang-kunang, bapak sebaiknya istirahat dan jangan beraktivitas dulu”

“Nanti di rumah sebelum minum obat ini bapak lihat dulu label di kotak obat apakah benar nama bapak tertulis disitu, berapa dosis yang harus

diminum, jam berapa saja harus diminum. Baca juga apakah nama obatnya sudah benar? Di sini minta obatnya pada suster kemudian cek lagi apakah benar obatnya!”

“Jangan pernah menghentikan minum obat sebelum berkonsultasi dengan dokter ya pak, karena dapat terjadi kekambuhan.”

“Sekarang kita masukkan waktu minum obatnya kedalam jadual ya pak.”

TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara minum obat yang benar?”

“Coba bapak sebutkan lagi jenis obat yang Bapak minum! Bagaimana cara minum obat yang benar?”

“Nah, sudah berapa cara mengontrol perasaan marah yang kita pelajari?. Sekarang kita tambahkan jadual kegiatannya dengan minum obat. Jangan lupa laksanakan semua dengan teratur ya”.

“Baik, Besok kita ketemu kembali untuk melihat sejauhmana ana bapak melaksanakan kegiatan dan sejauhmana dapat mencegah rasa marah. Sampai jumpa”

Lampiran 2

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

Tanggal 25-28 April 2025

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi klien

DS:

- Klien mengatakan merasa tidak berguna, merasa malu dengan kondisinya

DO:

- Canggung dengan orang baru yang ditemuinya dan klien hanya merespon dengan seadanya klien tampak malu-malu

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

3. Tujuan Keperawatan

- Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
- Menilai kemampuan yang dapat digunakan.
- Menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan.
- Melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan.
- Merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya.

4. Tindakan Keperawatan

- Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki.

- b. Nilai kemampuan yang dapat digunakan
- c. Bantu klien memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan
- d. Latih kemampuan yang telah dipilih
- e. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan

SP 1 Pasien: 26 April 2025

ORIENTASI

”Assalamualaikum, bagaimana keadaan bapak saat ini, bapak terlihat segar”

”Bagaimana kalau kita bercakap - cakap tentang kemampuan yang pernah bapak lakukan? dan kegiatan Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat bapak lakukan di klinik. Setelah kita nilai kita akan pilih salah satu kegiatan untuk kita latih.”

”Dimana kita duduk? Bagaimana kalau di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?”

KERJA

“Bapak, apa saja kemampuan yang bapak miliki? Bagus, apa lagi? Saya buat daftarnya ya! Apa pula kegiatan rumah tangga yang biasa bapak lakukan? Bagaimana dengan merapihkan kamar? Menyapu? membereskan tempat tidur, mengaji?”

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

“Dari dua kegiatan/kemampuan ini, yang mana yang masih dapat dikerjakan di klinik ini? Coba kita lihat, yang pertama bisakah, yang kedua? bagus sekali ada 2 kegiatan yang masih bisa dikerjakan disini.”

“Sekarang coba bapak pilih satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan disini.”

“Ooo.. yang nomor 1, merapihkan tempat tidur? Kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita melakukan merapihkan tempat tidur.”

“Mari kita ke ruangan kamar bapak?”

“Mari kita lihat tempat tidur bapak. Coba lihat, sudah rapihkah tempat tidurnya?”

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

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

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

“Coba bapak lakukan dan jangan lupa memberi tanda MMM (Mandiri) kalau T lakukan tanpa disuruh, tulis B (Baantuan) jika digunakan bisa melakukan, dan T (Tidak) melakukan.”

TERMINASI

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

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

“Besok pagi kita latihan lagi kemampuan yang kedua. Bapak masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di klinik selain merapihkan tempat tidur? Ya bagus, mengaji kalau begitu kita akan latihan mengaji besok jam 8 pagi di mushola ini sehabis makan pagi Sampai jumpa ya”

SP 2 Pasien: 28 April 2025

ORIENTASI

“Assalamualaikum, bagaimana perasaan pagi ini? Wah, tampak cerah.”

“Bagaimana, sudah dicoba merapikan tempat tidur sore kemarin/
Tadi pagi? Bagus kalau sudah dilakukan, kalau belum bantu lagi,
sekarang kita akan latihan kemampuan kedua. Masih ingat apa
kegiatan itu?”

“Ya benar, kita akan mengaji di mushola”

“Waktunya sekitar 10 menit. Mari kita ke mushola”

KERJA

“Bapak, sebelum kita melakukan kegiatan mengaji”

“Baik pak kita berdoa dulu”

“Baik pak sekarang kita mulai mengaji”

TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan kegiatan mengaji?”

“Sangat senang sekali”

“Baik besok kita ketemu lagi untuk melihat sejauh mana bapak
melaksanakan kegiatan aktivitas yang terjadwal.”

“Selamat siang pak sampai jumpa.”

Lampiran 3

Dokumentasi



Lampiran 4

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama	: Rio Metseluna Dwi Athala
Jenis kelamin	: Laki-laki
Tempat, tanggal lahir	: Garut, 02 Juli 2001
Agama	: Islam
Status	: Mahasiswa
Alamat	: Jl. Ciwalen, Kel Ciwalen, Kec. Garut Kota, Kab. Garut

B. Riwayat Pendidikan

- | | |
|------------------------------|-------------|
| 1. SDN Pakuwon 1 | : 2007-2013 |
| 2. SMPN 5 Garut | : 2013-2016 |
| 3. SMAN 11 Garut | : 2016-2019 |
| 4. STIKes Karsa Husada Garut | : 2022-2025 |

Lampiran 5

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Rio Metseluna Dwi Athala

NIM : KHGA22026

Pembimbing : Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes.

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. Y Dengan Resiko Perilaku

Kekerasan Dengan Diagnosa Medis Gangguan Afektif Bipolar Di Klinik

Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

No	Tanggal Bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.				 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	Rio Metseluna
2.				 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	Rio Metseluna

3.				 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	Rio Metseluna
4.				 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	Rio Metseluna
5.				 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	Rio Metseluna
6				 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	Rio Metseluna

7.				 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	Rio Metseluna
9.				 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	Rio Metseluna
10				 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	Rio Metseluna