

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.T DENGAN GANGGUAN
KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH KRONIS AKIBAT GANGGUAN
APEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI
ASSANIE SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh :

ANNISA SEPTIANA AYU PERTIWI

KHGA22059



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

2025

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.T DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH AKIBAT GANGGUAN APEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

NAMA : ANNISA SEPTIANA AYU PERTIWI

NIM : KHGA22059

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

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

Gingin Sugih Permana,S.Kep.,M.H.Kes

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes KARSA HUSADA GARUT

Mengesahkan,
Pembimbing

K. Dewi Budiarti,M.Kep

Wahyudin, S.Kp.,M.Kes

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.T DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH AKIBAT GANGGUAN APEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

NAMA : ANNISA SEPTIANA AYU PERTIWI

NIM : KHGA22059

KARYA TULIS ILMIAH

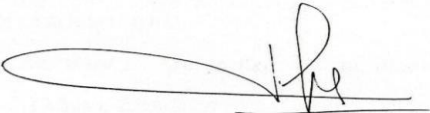
Karya tulis ilmiah ini telah siap untuk diujikan dihadapan penelaah program studi

DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'W' followed by a horizontal line and a small flourish.

Wahyudin, S.Kp.,M.Kes

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.T DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK YAYASAN NUR ILAHI ASSANI SAMARANG GARUT

ANNISA SEPTIANA AYU PERTIWI
KHGA22059

IV bab, 129 Halaman, 9 table , 4 bagan, 3 Lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. T Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Akibat Bipolar di Klinik Yayasan Nur Ilahi Assani Samarang Garut". Dilatar belakangi dengan banyaknya penyintas gangguan jiwa akibat bipolar di klinik yayasan nur illahi assani garut pada tahun 2025 sebanyak 32 orang atau sama dengan 82,92% jiwa. Dampak yang dapat timbul dari pasien Harga Diri Rendah adalah seorang individu mengalami penurunan produktivitas dan hubungan interpersonal yang buruk. Penulis merasa tertarik mengambil studi kasus pada klien dengan harga diri rendah, karena gangguan konsep diri: harga diri rendah merupakan gejala yang sering ditemukan pada pasien gangguan jiwa khususnya akibat bipolar. Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah penulis mendapatkan pengetahuan keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif melalui studi kasus dengan Teknik pengumpulan data, observasi, wawancara dan studi Pustaka. Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, dan rendah diri akibat evaluasi negatif. Tujuan penulisan ini untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan harga diri rendah meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Penulis juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan yang terapeutik, dengan mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki klien. Penulis mengevaluasi hasil tindakan keperawatan bahwa klien bisa berinteraksi, bersosialisasi dan mampu melakukan kegiatan sesuai aspek positif yang dimilikinya.

Kesimpulan yang dapat diambil yaitu perlunya mendapat dukungan dari berbagai pihak, terutama keluarga yang merupakan faktor pendukung utama serta motivasi.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Bipolar, Harga Diri Rendah Daftar Pustaka: 17 buku (2015-2026)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan nikmat yang sangat luar biasa, memberi saya kekuatan, memberkati saya dengan ilmu pengetahuan. Segala perjuangan saya hingga dititik ini sehingga saya bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ Asuhan keperawatan pada Tn.T dengan gangguan konsep diri : Harga diri rendah kronis akibat gangguan bipolar di Klinik rehabilitasi mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut” , saya mempersembahkan teruntuk orang-orang hebat yang selalu menjadi penyemangat, menjadi alasan saya untuk selalu kuat hingga saya dapat bertahan dititik ini. Sebagai rasa terima kasih, tugas akhir ini saya persembahkan untuk:

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

6. Bapak Angga D.Nagara,S.Kep.,Ners.,M.Kep dan bapak Gingin Sugih Permana,S.Kep.,M.H.Kes selaku Dosen penguji yang telah menguji saya selama melaksanakan tugas akhir. Memberikan arahan, saran, serta motivasi yang sangat berguna bagi saya hingga tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.
7. Seluruh Staf Dosen Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Staf Administrasi dan Perpustakaan yang telah membantu dalam kelancaran penyusun selama proses pendidikan dan selama penyusunan karya tulis ilmiah.
9. Klinik Rehabilitasi Mental Yayasan Nur Ilahi Assani Samarang Garut telah memberikan banyak kesempatan kepada penulis untuk menulis Karya Tulis Ilmiah ini, serta memberikan bimbingan, dukungan, dan informasi mengenai asuhan keperawatan sehingga penulis berhasil menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan sukses dan tanpa hambatan.
10. Kepada Tn.T yang telah bersedia bekerja sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penyusun dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Terimakasih teruntuk pintu syurgaku ibu Sarah dan ayah Wawan yang telah sabar dan bangga membesarkan anak cikalnya, memberikan saya rasa sayang, cinta, motivasi, dan tidak hentinya memberikan saya semangat untuk mewujudkan cita-cita. Terima kasih atas do'a dan semua

dukungannya yang selalu diberikan untuk saya menjadi penyemangat dalam hidup hingga saat ini dan selamanya.

12. Kepada diri saya sendiri Annisa Septiana Ayu Pertiwi, orang hebat yang sudah mau berjuang dan bertahan di semua proses hingga sampai di titik ini. Terima kasih telah menjadi kuat dan bekerja keras untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini.
13. Nenek Edah dan kakek Entis tersayang. Terimakasih telah memberikan do'a, dukungan, materi, dan selalu memberi motivasi kepada saya untuk segera menyelesaikan laporan ini, dan lulus menjadi orang sukses kaya raya sehingga bisa memberi uang yang banyak kepada mereka. Terimakasih telah menjadi nenek dan kakek terbaik.
14. Kepada seseorang yang tak kalah penting kehadirannya Mochamad Yasa Febriansyah. Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis, berkontribusi banyak dalam penyusunan karya tulis ini baik tenaga maupun waktu kepada penulis, telah mendukung, menghibur, mendengarkan keluh kesah, dan memberikan semangat untuk tidak pantang menyerah, terimakasih telah berjuang bersama.
15. Teruntuk teman tertawa dan menangis Zulpa Fuziah, Risma Sulastri dan Alma Nurayuni terimakasih sudah selalu ada disaat penulis butuh bantuan atau kesulitan.
16. Dan sahabat seperjuangan "Grup Till Jannah amd.kep (Zulpa, Alma, Risma)" terimakasih telah membantu, memberi dukungan, serta berproses bersama dalam penyusunan tugas akhir.

17. Kepada teman-teman di Prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut khususnya kelas B.
18. Dan semua pihak yang tidak bisa satu persatu saya sebutkan yang telah banyak membantu memberikan pemikiran demi kelancaran dan keberhasilan penulis.

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

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

Garut, Juli 2025

Annisa Septiana Ayu Pertiwi

DAFTAR ISI

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.T DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH KRONIS AKIBAT GANGGUAN APEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT	1
LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	8
C. Metode Telaah.....	9
D. Sistematika Penulisan.....	11
BAB II TINJAUAN TEORI.....	13
A. Konsep Dasar Teori.....	13
1. Konsep Bipolar	13
2. Konsep Harga Diri Rendah	25
3. Konsep Perawatan Diri	36
4. Konsep Koping Individu Tidak Efektif	41
B. Konsep Asuhan Keperawatan	44
BAB III TINJAUAN KASUS.....	67
A. Laporan Kasus	67
1. Pengkajian	67

2. Analisa Data	79
3. Pohon Masalah	80
4. Diagnosa Keperawatan	80
5. Intervensi Keperawatan	82
6. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	87
7. Catatan Perkembangan	90
B. Pembahasan.....	93
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	102
A. Kesimpulan	102
B. Rekomendasi.....	103
DAFTAR PUSTAKA	
DAFTAR LAMPIRAN	
DOKUMENTASI	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Data Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut.....	5
Tabel Data 1. 2 Penyakit di Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assanie Samarang Garut Periode 2024-2025	7
Tabel 2. 1Analisa Data.....	55
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan	58
Tabel 3. 1Therapy Medis	77
Tabel 3. 2 Analisa Data.....	78
Tabel 3. 3 Intervensi	81
Tabel 3. 4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	86
Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan	89

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Gambar Rentang Respon Harga Diri Rendah	29
Bagan 2.2 Pohon Masalah Harga Diri Rendah	36
Bagan 2.3 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri.....	37
Bagan 3.1 Genogram.....	71

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Lampiran II Dokumentasi kegiatan

Lampiran III Lembar bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa bagi manusia berarti terwujudnya keharmonisan fungsi jiwa dan sanggup menghadapi problem, merasa bahagia dan mampu diri. Orang yang sehat jiwa berarti mempunyai kemampuan menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat, dan lingkungan. Manusia terdiri dari bio, psiko, sosial, dan spiritual yang saling berinteraksi satu dengan yang lain dan saling mempengaruhi (Lilik et all, 2016).

Menurut laporan yang dijabarkan Dinas Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2020, persentase orang dengan gangguan jiwa yang memperoleh layanan baru sebesar 58,9%. Kondisi tersebut tidak jauh berbeda dengan kondisi di tahun 2021 dimana cakupan masyarakat yang menerima layanan kesehatan jiwa di kisaran 65%. Mengingat gangguan jiwa menjadi permasalahan yang cukup serius baik skala global maupun di Indonesia, tentunya memerlukan perhatian dan penanganan yang lebih serius dan terorganisir dari semua pihak.

Meskipun program penanganan dan penanggulangan masalah kejiwaan masih belum menjadi prioritas utama kebijakan kesehatan di beberapa negara termasuk di Indonesia, akan tetapi diharapkan pusat-pusat pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan yang optimal untuk masyarakat yang memerlukan penanganan kejiwaan. Indonesia

sendiri melakukan beberapa upaya untuk menurunkan prevalensi gangguan jiwa. Salah satu upaya dalam hal kebijakan misalnya DPR dan Pemerintah Indonesia secara bersama-sama merumuskan dan mengesahkan (UU Nomor 18 Tahun 2016 tentang Kesehatan Jiwa).

Menurut Undang-Undang RI No. 18 Tahun 2016 tentang kesehatan jiwa merupakan kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari akan kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

Diperkirakan jumlah penderita gangguan jiwa di dunia ialah sekitar 450 juta jiwa termasuk skizofrenia (WHO, 2017). Berdasarkan perhitungan beban penyakit di Indonesia tahun 2017 beberapa jenis gangguan jiwa di alami oleh penduduk Indonesia yaitu gangguan depresi, cemas, skizofrenia, bipolar, gangguan perilaku makan, autisme, cacat intelektual dan gangguan Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) dimana salah satu mengalami peningkatan ialah skizofrenia. Prevalensi Rumah Tangga dengan ART gangguan jiwa skizofrenia / psikosis menurut tempat tinggal lebih banyak terjadi dipedesaan (0,7%) di bandingkan dengan di perkotaan 6,4%) (Indrayani & Wahyudi, 2019).

Menurut Data Kemenkes, (2019) dari Riskesdas (2018) yang menunjukkan bahwa 7 dari 1000 rumah tangga yang memiliki anggota keluarganya dengan skizofrenia serta lebih dari 19 juta penduduk yang berusia di atas 15 tahun yang mengalami gangguan mental emosional dan

lebih dari 12 juta yang berusia di atas 15 tahun diperkirakan telah mengalami depresi. WHO mengatakan di tahun 2010 bahwa angka bunuh diri di Indonesia telah mencapai 1,6-1,8% 100.000 jiwa.

Gangguan bipolar meliputi episode manik dan depresif, sering kali dimediasi oleh orang episode normal. Episode manik ditandai dengan peningkatan harga diri, kebutuhan untuk tidur, heperaktif, dan suasana hati yang meningkat. Orang yang mengalami episode manik tapi bukan episode depresi juga diklasifikasikan sebagai gangguan bipolar (Yankes, Departemen Kesehatan, 2023).

Data yang diunggah oleh World Health Organization atau WHO menyatakan bahawa terdapat sekitar tiga puluh lima juta orang terkena depresi, enam puluh juta orang terkena bipolar, dengan dua puluh satu juta yang mengidap skizofernia, serta empat puluh tujuh juta orang yang menderita dimensia. Indonesia dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial yang penuh dengan keanekaragaman penduduk memiliki kasus gangguan jiwa yang terus bertambah dan memiliki dampak pada penambahan beban negara serta penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang (Widowati, 2023). WHO yang dalam pernyataannya mengatakan bahwa sebesar enam puluh juta orang mengidap gangguan bipolar memberikan fakta bahwa bipolar disorder mendominasi kategori gangguan kejiwaan dibandingkan kategori lainnya. Fase depresi pada pasien bipolar sebagian besar menyebabkan Harga Diri Rendah.

Harga Diri Rendah merupakan perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal dalam melakukan apapun dan mencapai keinginannya. Harga diri rendah dapat terjadi secara situasional yaitu akan terjadi trauma secara tiba-tiba, misalnya kecelekaan, operasi, putus sekolah, putus hubungan kerja, cerai, dan lain-lainya. selanjutnya kronik, yaitu perasaan negatif terhadap diri sendiri dan akan berlangsung lama. Harga diri rendah merupakan perasaan negatif pada diri sendiri serta kemampuan klien akan tidak berdaya, tidak berharga, yang berlangsung terus menerus. (Standar Diagnosa keperawatan indonesia/SDKI, 2017).

Gangguan konsep harga diri rendah adalah perasaan yang tidak berharga dan tidak berhenti dan rendah diri akibat evaluasi yang negatif terhadap harga diri rendah kronik. Harga diri rendah situasional muncul muncul pada saat persepsi negatif tentang makna diri pada situasi saat ini, sedangkan harga diri rendah kronis merupakan evaluasi negatif terhadap diri sendiri dalam kurun waktu yang lama dan dapat mengganggu kesehatan (Safitri, 2020).

Menurut (Keliat, 2019) harga diri rendah mempunyai tanda gejala seperti mengkritik diri sendiri, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimis terhadap diri sendiri, penolakan terhadap kemauan diri, penurunan produktifitas. Untuk mengatasi harga diri rendah perawat berperan untuk mengidentifikasi kemampuan aspek positif yang masih dimiliki klien, membantu klien untuk memilih kemampuan yang akan

dilatih dan melatih kemampuan yang telah dipilih klien, dan memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pada tahun 2021 Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat menghitung jumlah individu yang mengalami gangguan jiwa atau Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di wilayah Jawa Barat mencapai sekitar 70% atau sekitar 69,569 orang (Dinkes. Jabar, 2022)

Berdasarkan data Dinas Kesehatan di Kabupaten Garut pada tahun 2024 jumlah Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) sejumlah 3.935 jiwa. (Dinkes, 2024).

Tabel 1. 1 Data Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut
Periode 2023-2024

No	Diagnosa Penyakit	Jumlah Orang	Presentasi
1.	Gangguan afektif bipolar	1.1988	50,52%
2.	Skizofrenia	1.353	34,38%
3.	Penyalahgunaan NAPZA	389	9,88%
4.	<i>Intelektual Disability</i>	205	5,2%
	Total	3.935	100%

(Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Garut)

Berdasarkan tabel 1.1 menunjukkan bahwa setengah dari penyintas gangguan jiwa berat di Kabupaten Garut yaitu Gangguan Afektif Bipolar adalah 50,52% dan masalah kesehatan jiwa yang lainnya adalah *Intelektual Disability* adalah 5,2%.

Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani adalah salah satu tempat rehabilitasi mental yang berada di kabupaten Garut, didirikan pada tahun 2010 sebagai rumah dan perawatan rehabilitasi mental yang bertujuan untuk menolong masyarakat yang mengalami gangguan kejiwaan seperti penyalahgunaan Napza, dengan proses yang terencana dan bertahap sehingga klien dapat kembali dengan keluarganya dan masyarakat, kekambuhan berkurang, dan dapat hidup secara mandiri dan produktif. Pelayanan rumah rehabilitasi mental ini dilakukan oleh tenaga kesehatan yang professional seperti dokter psikiater, dokter umum, perawat jiwa, pekerja sosial, pembimbing kerohanian (Ustadz) yang telah berpengalaman dibidangnya dengan pendekatan bio-psikososial spiritual.

Tabel Data 1. 2 Penyakit di Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assanie Samarang Garut Periode 2024-2025

No	Diagnosa Medis	Tahun 2024	Tahun 2025	Persentasi
1.	Gangguan Apektif Bipolar	27 orang	32 orang	82,97%
2.	Skizofrenia	8 orang	5 orang	21,62%
3.	Penyalahgunaan NAPZA	0 orang	0 orang	0%
4.	<i>Intelektual Disability</i>	2 orang	2 orang	5,40%
	Jumlah	37 orang	39 orang	100%

Berdasarkan tabel di atas adanya penambahan data Bipolar di Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Garut. Pada tahun 2024 terdapat 27 pasien dengan gangguan Bipolar dan tahun 2025 terdapat 32 pasien dengan gangguan Bipolar. Presentasi gangguan bipolar menjadi paling tinggi pada tahun 2024 di klinik rehabilitasi mental nur illahi assani garut yaitu 72,97% dan terendahnya pada Intelektual Disability yaitu 5,40%. Hal ini terjadi karena kurangnya dukungan serta perhatian dari keluarga dan masyarakat dalam menangani upaya kesehatan jiwa.

Sebagai perawat jiwa yang memberikan asuhan keperawatan jiwa dapat membantu meningkatkan harga diri pasien melalui penerapan strategi pelaksanaan tindakan dengan menggunakan komunikasi terapeutik pada pasien. Oleh karena itu, perawat dituntut untuk mampu melakukan dan memberikan asuhan keperawatan yang profesional dan bertanggung jawab atas asuhan yang telah diberikan secara ilmiah.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan jiwa Bipolar merupakan masalah yang serius dan dapat mengakibatkan gangguan jiwa seperti Gangguan Konsep Diri: harga diri rendah, defisit perawatan diri, coping individu tidak efektif, isolasi sosial, dan sebagainya. Berdasarkan masalah yang ada, maka penulis merasa tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dan merasa perlu untuk melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi, dengan judul

“ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.T DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK YAYASAN REHABILITASI MENTAL NUR ILAHI ASSANI SAMARANG GARUT”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial spiritual pada klien dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Akibat Bipolar di Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Samarang Garut.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn.T dengan diagnosa medis Bipolar Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah di klinik Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Samarang Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada Tn.T dengan diagnosa medis bipolar: Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Samarang Garut.
- c. Membuat perencanaan / intervensi keperawatan pada Tn.T dengan diagnosa medis bipolar Gangguan Konsep Diri Harga Diri Rendah

Akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Samarang Garut.

- d. Melaksanakan tindakan / implementasi intervensi keperawatan pada Tn.T dengan diagnosa medis bipolar Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Samarang Garut.
- e. Mengevaluasi tindakan yang telah di berikan pada Tn.T dengan diagnosa medis bipolar Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Samarang Garut.
- f. Mendokumentasikan dari awal sampai akhir tindakan yang telah di berikan pada Tn.T dengan diagnosa medis bipolar Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Samarang Garut.

C. Metode Telaah

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan teknik studi kasus dan menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan Tn.T yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut:

1. Wawancara

Data yang didapatkan salah satunya dengan teknik wawancara yang dilakukan langsung pada klien, perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang mengetahui tentang riwayat kesehatan klien.

2. Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data melalui hasil pengamatan tentang kondisi klien dalam rangka asuhan keperawatan, metode pengambilan data yang menggunakan indra penglihatan untuk mengamati kondisi fisik dari lingkungan tempat tinggal klien dan memperoleh data yang objektif. Observasi dilakukan secara langsung sehubungan dengan masalah kesehatan yang menyimpannya.

3. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data yang didapatkan dari data klien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan dan mempelajari buku-buku atau referensi yang berguna untuk memperoleh dasar-dasar teori yang berhubungan dengan kasus yang dihadapi, sehingga dapat digunakan untuk landasan dalam pemberian asuhan keperawatan.

4. Studi Kepustakaan

Teknik pengumpulan data ini dilakukan dalam rangka mendapatkan landasan teoritis yang berkaitan dengan kasus yang dihadapi, sehingga dapat membandingkan teori yang didapat dengan fakta yang ada di

lahan praktek, diperoleh kesenjangan, mencari penyebab dan pemecahan masalah.

5. Partisipasi Aktif

Penulis langsung melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Harga Diri Rendah dengan melakukan tindakan keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Untuk mendapatkan gambaran yang jelas mengenai penyusunan karya tulis ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan yang terdiri dari 4 BAB yaitu:

Bab I Pendahuluan yang berisi latar belakang, tujuan penulis, metode dan teknik penulisan serta sistematika penulisan.

Bab II Tinjauan Teori yang berisi tentang tinjauan teoritis yang menguraikan mengenai landasan teoritis terhadap penyakit dan konsep dasar asuhan keperawatan yang mendukung serta berkaitan dengan judul yang diambil.

Bab III (Tinjauan Kasus) yang berisi tentang tinjauan kasus yang pembahasannya, dengan menguraikan proses keperawatan pada pasien Tn. T dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Akibat Gangguan Afekti Bipolar serta menjelaskan tentang pembahasan meliputi kesenjangan antara teori dan fakta yang ada, dengan kasus yang ditemukan di Klinik Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Samarang Garut.

Kesimpulan Bab IV yang berisi penutup dari penyusun karya tulis ilmiah ini meliputi kesimpulan dan rekomendasi dari berbagai pihak yang terkait.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Teori

1. Konsep Bipolar

a. Definisi Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar secara umum merupakan gangguan mental yang ditandai oleh fluktuasi ekstrem dalam suasana perasaan individu, antara periode mania yang tinggi dan depresi yang rendah, yang dapat terjadi tanpa peringatan yang jelas tentang kapan mulainya atau berakhirnya (Samosir, 2017).

Gangguan bipolar adalah gangguan mental yang parah dan umum. Gangguan ini terjadi pada sekitar 5,7 juta orang dewasa Amerika, atau 2,6% dari populasi Amerika Serikat yang berusia 18 Tahun keatas pada tahun tertentu (Kerner,2021).

Gangguan bipolar (Bipolar Disorder) atau yang juga dikenal sebagai Gangguan Afektif Bipolar (GAB) adalah salah satu gangguan mood afektif dalam kasis psikiatri. Gangguan ini ditandai dengan mania dan depresi (American Pshyciatri Asosiation, 2013) dalam (D. Surya Yudhantara, 2022).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Gangguan bipolar adalah penyebab utama kecacatan ke-6 di dunia dan mempengaruhi sekitar 5% populasi dengan dampak berbahaya pada berbagai aspek dalam kehidupan seseorang. Fase depresi dari

gangguan bipolar seringkali sangat parah, dan bunuh diri adalah factor resiko utama.

Gangguan ini sering dikaitkan dengan perubahan mood aktivitas, dan energi yang terjadi dengan intensitas yang bervariasi (Mintz, 2015). Dari uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa gangguan bipolar adalah suatu kondisi Dimana suasana hati berubah secara drastis dan ekstrem, fluktuasi antara mania dan depresi, yang terjadi pada tingkat yang berlebihan dan tidak dapat diprediksi.

b. Etiologi Gangguan Bipolar

Penyebab gangguan bipolar sampai saat ini belum dapat diketahui dengan pasti. Banyak factor yang mempengaruhi dalam gangguan bipolar yaitu:

1. Faktor Biologis

Otak dan tubuh, terdapat beberapa bahan kimia yang berperan penting dalam mengatur suasana hati atau emosional, yang disebut neurotransmitter, seperti noradrenalin, serotonin, dan dopamin. Gangguan bipolar dikaitkan dengan ketidakseimbangan bahan kimia ini di otak, dimana fase mania dapat dipicu oleh tingginya kadar noradrenalin dan fase depresi oleh kadar yang rendah.

2. Faktor Genetik

Seseorang yang memiliki keluarga dengan gangguan mood memiliki resiko lebih besar menderita gangguan mood

daripada Masyarakat pada umumnya. Hal ini disebabkan pengaruh gen pada depresi berat memiliki pengaruh lebih besar dibandingkan dengan depresi ringan.

3. Faktor Lingkungan

Beberapa artikel telah menguraikan hubungan antara peran keluarga dalam gangguan mood, terutama depresi berat. Peristiwa kehidupan juga berperan penting dalam perkembangan depresi, dengan gangguan bipolar dipandang sebagai hasil dari konflik antara harapan seseorang dan realitas. Individu dengan gangguan bipolar menyadari ketidakidealannya, yang menyebabkan perasaan putus asa dan kehilangan harapan (Heinz, 2023). Selain itu, factor stress yang mungkin terlihat spele bagi orang lain bisa sangat merusak bagi penderita bipolar.

c. Manifestasi Klinis Gangguan Bipolar

Ada periode atau tahap suasana hati yang berlangsung dalam jangka waktu berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun tanpa pengulangan yang konsisten dari tipe apapun (Dipiro, 2024). Tahap-tahap bipolar tersebut mencakup:

1. Depresi Berat

Ketika mengalami fase depresi, individu dengan gangguan bipolar cenderung mengalami delusi, halusinasi, dan pikiran untuk bunuh diri lebih sering daripada individu dengan depresi

unipolar (Dipiro, 2024). Penderita mungkin merasa terus-menerus tertekan, kehilangan minat dalam aktivitas yang biasanya menyenangkan, mengalami perubahan berat badan, kesulitan tidur, gelisah atau terlalu lambat bergerak, kehilangan energi, kesulitan berkonsentrasi, rasa bersalah yang berlebihan, perasaan putus asa, atau keinginan untuk bunuh diri (Smith, 2022).

2. Fase Manik

Paada fase manik, individu dapat mengalami peningkatan energi, ide-ide yang berlimpah, perasaan euphoria yang luar biasa, dan dorongan yang kuat. Fase Manik seringkali timbul secara tiba-tiba, dan gejala nya dapat memuncak dalam beberapa hari. Gejala meliputi perilaku yang aneh, paranoid, halusinasi, serta penurunan produktifitas sosial (Dipiro, 2014). Individu dalam fase ini cenderung bertindak impulsif sambil merasa memiliki keyakinan dan tujuan yang kuat (Kaplan & Sadock's, 2021).

3. Hipomanik

Fase Hipomanik ditandai dengan ketidakterlihatan yang signifikan dalam fungsi sosial atau pekerjaan, tanpa adanya halusinasi atau delusi. Bebrapa individu mungkin menjadi lebih produktif dari biasanya, tetapi sekitar 5-15% dari mereka dapat beralih dengan cepat ke fase manik (Wells, 2023).

d. Klasifikasi Gangguan Bipolar

Berikut adalah klasifikasi gangguan bipolar:

1. Bipolar I Disorder

Untuk diagnosis BD-1 didahului oleh episode mania/manic dan mungkin diikuti oleh episode hipomanic atau depresi mayor (episode manic atau depresi mayor tidak diperlukan untuk diagnosis) (Ankit Jain, 2023).

2. Bipolar II Disorder

Untuk diagnosis BD-2 terdapat perbedaan dengan BD-1 dimana pengidap BD-2 tidak akan mengalami episode manic, hanya akan mengalami 2 episode yaitu episode hepomania/hipomanic saat ini atau masalalu dan episode depresi mayor (Ankit Jain, 2023).

e. Penatalaksanaan Gangguan Bipolar

Adapun penatalaksanaan Gangguan Bipolar antara lain:

1. Terapi Non Farmakologi

Psikoterapi adalah jenis terapi yang bertujuan membantu individu mengatasi masalah emosional, psikologis, dan interpersonal yang mereka hadapi. Dalam psikoterapi, klien bekerjasama dengan seorang terapis untuk mengeksplorasi pemikiran, perasaan, dan perilaku mereka,serta memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang diri mereka sendiri dan interaksi mereka dengan lingkungan sekitar.

Tujuan utama dari psikoterapi adalah membantu klien meningkatkan kesejahteraan mental mereka, mengatasi gejala masalah psikologis seperti depresi, kecemasan, trauma, atau gangguan makan, serta mengembangkan keterampilan adaptif untuk menghadapi tantangan sehari-hari. Psikoterapi dapat dilakukan dalam berbagai bentuk, termasuk terapi kognitif-perilaku, terapi psikodinamik, terapi interpersonal, terapi keluarga, atau terapi berbasis pola pikir.

Selama sesi psikoterapi, klien dan terapis bekerja bersama untuk menetapkan tujuan perubahan, mengeksplorasi pemikiran dan perasaan yang mendasari masalah klien, dan merancang strategi efektif untuk mengatasi masalah tersebut. Hubungan antara klien dan terapis didasarkan pada kepercayaan, empati, dan kolaborasi, yang membantu klien merasa didukung dan dipahami selama proses pemulihan mereka.

2. Terapi Kognitif

Terapi kognitif adalah pendekatan terapeutik yang berfokus pada pemahaman dan perubahan pola pikir, keyakinan, dan perilaku yang tidak sehat atau tidak produktif. Tujuannya adalah untuk membantu individu mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mengubah pola pikir yang menyebabkan masalah psikologis atau emosional, serta mengembangkan strategi baru yang lebih adaptif dan sehat. Terapi kognitif sering digunakan untuk

mengatasi berbagai masalah mental seperti depresi, kecemasan, gangguan makan, dan trauma. Metode yang umum digunakan dalam terapi kognitif meliputi pengajaran keterampilan kognitif, penggunaan Teknik pemecahan masalah, serta pemberian tugas rumah untuk memperkuat perubahan perilaku yang diinginkan.

3. Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah pendekatan terapeutik yang melibatkan anggota keluarga dalam proses penyembuhan dan perubahan. Tujuannya adalah untuk memperbaiki dinamika keluarga, memperkuat hubungan antara anggota keluarga, dan meningkatkan kesejahteraan individu serta keluarga secara keseluruhan. Terapi keluarga sering digunakan dalam konteks masalah mental, gangguan perilaku, dan konflik interpersonal di dalam keluarga.

Dalam terapi keluarga, terapis bekerja sama dengan semua anggota keluarga untuk mengidentifikasi pola komunikasi yang tidak sehat, konflik yang tidak diselesaikan, dan masalah lain yang mungkin memengaruhi kesejahteraan keluarga. Melalui proses ini, anggota keluarga belajar untuk saling mendengarkan, memahami, dan mendukung satu sama lain dalam menghadapi tantangan dan mengatasi masalah. Terapi keluarga juga dapat melibatkan pembelajaran keterampilan komunikasi yang efektif,

pengembangan strategi pemecahan masalah, dan pembentukan ikatan emosional yang lebih kuat di antara anggota keluarga.

4. Terapi *Psychotherapy* Interpersonal

Terapi Psikoterapi Interpersonal adalah pendekatan terapeutik yang berfokus pada hubungan antarpersonal terapeutik yang berfokus pada hubungan antarpersonal dan interaksi sosial individu dalam konteks masalah psikologis atau emosional. Tujuannya adalah untuk membantu individu memahami dan mengatasi masalah dalam hubungan mereka dengan orang lain, serta memperbaiki keterampilan dalam berinteraksi secara sehat dan membangun hubungan yang mendukung.

Dalam terapi psikoterapi interpersonal, terapis bekerja sama dengan klien untuk mengidentifikasi pola interaksi sosial yang tidak sehat atau konflikual, serta untuk memahami bagaimana masalah tersebut memengaruhi kesejahteraan psikologi mereka. Terapi ini sering digunakan untuk mengatasi masalah seperti kesulitan dalam hubungan romantis, masalah keluarga, kesulitan dalam berinteraksi dengan orang lain, atau penyesuaian terhadap perubahan hidup yang signifikan.

Selama sesi terapi, klien diberikan dukungan untuk mengidentifikasi dan mengeksplorasi perasaan, keyakinan, dan pola perilaku yang mendasari masalah interpersonal mereka.

Terapis juga membantu klien dalam mengembangkan keterampilan komunikasi yang lebih afektif, memecahkan konflik secara konstruktif, dan membangun hubungan yang lebih memuaskan dan bermakna. Terapi Psikoterapi Interpersonal dapat membantu klien meningkatkan kualitas hubungan mereka dan merasa lebih puas dengan kehidupan sosial mereka secara keseluruhan.

a) *Electroconvulsive Therapy*

Electroconvulsive Therapy (ECT), yang dikenal juga sebagai terapi elektrokonvulsif atau electroshock, adalah prosedur medis yang melibatkan pemberian kejutan Listrik yang terkontrol secara hati-hati kepada otak, dengan tujuan memicu serangkaian kejang yang disengaja. ECT biasanya digunakan dalam pengobatan gangguan mental yang parah, terutama Ketika kondisi tersebut tidak merespons dengan baik terhadap terapi atau obat-obatan lainnya.

Prosedur ini biasanya dilakukan di bawah pengawasan medis yang ketat dan anestesi umum untuk memastikan kenyamanan dan keselamatan pasien. Meskipun mekanisme perisnya belum sepenuhnya dipahami, ECT diyakini memiliki efek positif pada aktivitas neurotransmitter di otak, yang dapat

mengurangi gejala gangguan mental seperti depresi berat atau episode manik pada gangguan bipolar.

ECT sering kali menjadi pilihan terapi yang efektif, terutama dalam situasi darurat Ketika resiko keamanan pasien sangat tinggi atau Ketika respons terhadap terapi lainnya tidak memuaskan. Meskipun terapi ini sering kali dikaitkan dengan stigma dan kontroversi, banyak penelitian telah menunjukkan bahwa ECT dapat membantu memperbaiki kualitas hidup individu yang menderita gangguan mental yang parah.

b) Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi merupakan pendekatan pengobatan yang memanfaatkan obat-obatan untuk mengurangi gejala penyakit fisik atau mental, serta mengontrol kondisi medis secara keseluruhan. Penggunaan obat-obatan ini bisa berupa pil, suntikan, krim, atau infus, tergantung pada jenis penyakit atau kondisi medis yang sedang diobati.

Dalam bidang Kesehatan mental, terapi farmakologi kerap digunakan untuk mengobati gangguan seperti depresi, kecemasan, gangguan bipolar, atau skizofrenia. Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati gangguan mental ini sering kali disebut sebagai psikotropika atau

obat psikiatri. Biasanya, penggunaan obat-obatan ini dikombinasikan dengan terapi lain, seperti psikoterapi, guna mencapai hasil pengobatan yang optimal. Adapun jenis obatnya antara lain:

1) *Mood Stabilizer*

Mood Stabilizer merupakan jenis obat yang dimanfaatkan dalam mengobati gangguan mood seperti gangguan bipolar. Tujuan dari obat ini adalah untuk menjaga keseimbangan mood, mengurangi fluktuasi yang ekstrem antara fase manik (mood tinggi) dan fase depresi (mood rendah) yang biasa terjadi pada penderita gangguan bipolar.

Mood Stabilizer dapat bekerja melalui berbagai mekanisme di otak, termasuk mengatur aktivitas neurotransmitter tertentu atau mempengaruhi transmisi sinyal listrik di dalam sel-sel saraf. Contoh mood stabilizer yang sering digunakan mencakup lithium, valproic acid, carbamazepine, dan lamotrigine.

Penggunaan mood stabilizer umumnya dilakukan dalam jangka waktu yang Panjang untuk mencegah munculnya fase manik atau

depresi baru, serta untuk mengurangi keparahan gejala. Terapi menggunakan mood stabilizer sering kali dikombinasikan dengan psikoterapi atau jenis obat lainnya, sesuai dengan kebutuhan khusus pasien dan tanggapan terhadap pengobatan.

2) *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)*

Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)

adalah kelompok obat yang digunakan untuk mengatasi gejala depresi sedang hingga berat. SSRI merupakan jenis obat antidepresan yang paling sering digunakan karena resiko terjadinya, adek samping yang ditimbulkan obat ini lebih rendah.

SSRI bekerja dengan cara meningkatkan kadar serotonin, yaitu zat kimia pembawa pesan diotak yang berperan penting dalam mengatur suasana hati, tidur, dan nafsu makan. SSRI mencegah serotonin terserap kembali kedalam sel saraf sehingga kadar serotonin didalam otak meningkat dan gejala depresi dapat berkurang. Selain untuk mengatasi depresi, obat yang termasuk kelompok antidepresan SSRI juga

dapat untuk menangani kondisi lain, seperti gangguan cemas dan panik.

Obat lain digunakan termasuk antipsikotik, benzodiazepine dan betablocker. Sama seperti semua pengobatan pada umumnya, pengobatan yang digunakan untuk mengobati bipolar juga dapat memiliki efek samping ringan hingga berat. Karena itu, tidak semua obat cocok digunakan pada setiap penyintas (Mental Health Amerika (MHA), 2017).

2. Konsep Harga Diri Rendah

a. Definisi Harga Diri Rendah

Harga diri rendah berkembang dari pengalaman individu seiring dengan proses pertumbuhannya, seperti kurangnya kasih sayang, dorongan, dan tantangan, serta kekurangan cinta dan penerimaan. Selain itu, pengalaman yang melibatkan kritik, ejekan, sarkasme, dan sinisme, serta perlakuan fisik dan pelecehan, juga dapat mempengaruhi harga diri. Tidak adanya pengakuan dan pujian atas prestasi, serta kelebihan dan keunikan yang sering diabaikan, juga turut berperan dalam pembentukan harga diri rendah.

Harga diri rendah kronis adalah penilaian negatif terhadap diri sendiri atau keyakinan yang berlangsung selama minimal tiga bulan. Sementara menurut SDKI pada tahun 2016, Harga diri rendah kronis

didefinisikan sebagai penilaian negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan individu, seperti merasa tidak berarti, tidak berharga, dan tidak berdaya, yang berlangsung dalam jangka waktu yang panjang dan berkesinambungan. Harga diri rendah kronis adalah sikap negatif terhadap diri sendiri, mencakup kehilangan keyakinan diri, merasa tidak berharga, tidak berguna, pesimis, tanpa harapan, dan merasa putus asa, menurut penelitian oleh (R. Purwasih dan Y. Susilowati pada tahun 2016).

Dari definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah kronis adalah penilaian negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan individu yang merasa tidak memiliki nilai, tidak berharga, dan tidak berdaya, serta merasa rendah diri secara berkelanjutan selama minimal tiga bulan atau lebih.

Konsep diri adalah gambaran mental individu tentang siapa yang dirinya, termasuk pemahaman tentang karakter, kemampuan, kelemahan, nilai-nilai, dan perasaan terhadap dirinya sendiri. Komponen-komponen utama dari konsep diri meliputi:

1. Citra Tubuh

Persepsi klien mengenai tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien mengenai tubuh yang disukai maupun tidak disukai.

2. Self-esteem (Harga Diri)

Penilaian individu tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri. Pada klien

gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan.

3. Peran Diri

Tugas atau peran klien di dalam keluarga/pekerjaan/kelompok maupun Masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi/peran, perubahan yang terjadi di saat klien sakit maupun dirawat, apa yang dirasakan klien akibat perubahan yang terjadi.

4. Identitas Diri

Kaji status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki / perempuan.

5. Ideal Diri

Harapan klien akan keadaan tubuhnya yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga / pekerjaan / sekolah, harapan klien akan lingkungan sekitar dan penyakitnya.

b. Etiologi

Harga diri rendah kronis adalah hasil dari kelanjutan situasi dimana harga diri rendah kronis situasional tidak terselesaikan. Hal ini bisa disebabkan oleh kurangnya umpan balik dari lingkungan tentang perilaku individu sebelumnya, atau mungkin karena lingkungan yang cenderung memberikan tanggapan negatif yang mendorong individu untuk mengalami harga diri rendah kronis.

Harga diri rendah kronis bisa bermula dari berbagai faktor. Pada awalnya, individu menghadapi situasi yang penuh tekanan (krisis). Meskipun berusaha menyelesaikan krisis tersebut, namun tidak berhasil sepenuhnya, sehingga muncul pemikiran bahwa dirinya tidak mampu atau merasa gagal dalam menjalankan fungsi dan peran. Penilaian negatif individu terhadap dirinya sendiri karena kegagalan dalam menjalankan fungsi dan peran tersebut merupakan bentuk harga diri rendah situasional. Apabila lingkungan tidak memberikan dukungan positif atau malah menyalahkan individu dan hal tersebut terjadi secara berulang, maka individu akan mengalami harga diri rendah kronis. Faktor yang mempengaruhi harga diri rendah meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi, yaitu:

1. Faktor Predisposisi

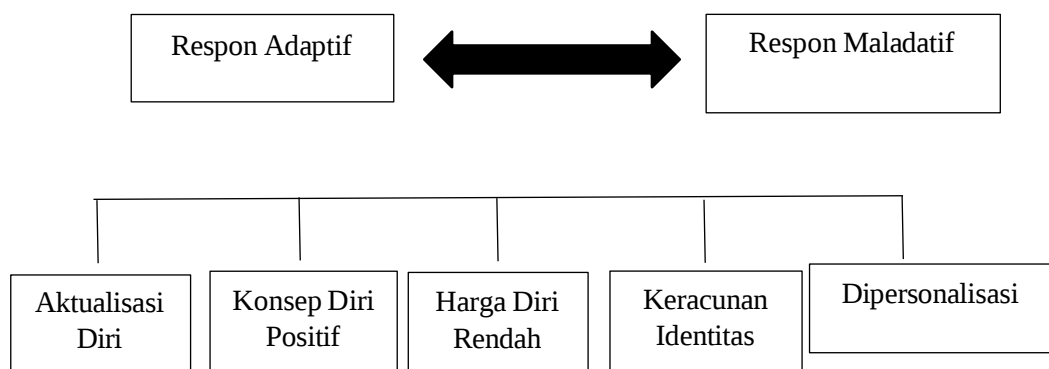
- a. Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis.
- b. Faktor yang mempengaruhi performa peran adalah stereo type peran gender, tuntutan peran kerja, dan harapan peran budaya.
- c. Faktor yang mempengaruhi identitas pribadi meliputi ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan struktur sosial. (Gumilar, 2016).

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi pada pasien dengan harga diri rendah kronis umumnya mencakup perasaan malu terhadap diri sendiri, dan pengalaman merendahkan martabat (Muhith Hendramawan, 2018).

c. Rentang Respon

Bagan 2. 1 Gambar Rentang Respon Harga Diri Rendah



Keterangan:

Respon adaptif terhadap konsep meliputi:

1. Aktualisasi Diri

Aktualisasi diri adalah pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima.

2. Konsep Diri Positif

Konsep diri positif adalah bagaimana seseorang memandang apa yang ada pada dirinya meliputi citra dirinya, ideal dirinya, harga dirinya, penampilan perann serta identitas dirinya secara positif. Hal ini akan menunjukkan bahwa pasien itu akan menjadi manusia yang sukses.

Sedangkan respon maladaptive dari konsep diri meliputi:

1. Harga Diri Rendah

Harga diri rendah adalah perasaan negatif terhadap dirinya sendiri, termasuk kehilangan percaya diri, tidak berguna, tidak berharga, pesimis, tidak ada harapan, dan putus asa. Adapun perilaku yang berhubungan dengan harga diri yang rendah yaitu mengkritik diri sendiri dan/atau orang lain, penurunan produktivitas, destruktif yang diarahkan kepada orang lain, gangguan dalam berhubungan, perasaan tidak mampu, rasa bersalah, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, keluhan fisik, menarik diri secara sosial, khawatir, serta menarik diri dari realitas, jika terus berkepanjangan akan mengakibatkan harga diri rendah rendah kronis. Harga diri rendah kronis adalah evaluasi diri / perasaan negatif tentang diri sendiri atau kemampuan diri seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu minimal tiga bulan terus menerus. Akibatnya pasien akan merasa terkucil dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain, selalu menyendiri maka cenderung akan berhalusinasi, bahkan mampu merusak lingkungan serta dapat melakukan tindakan perilaku kekerasan.

2. Kerancuan Identitas

Kerancuan identitas adalah suatu kegagalan pasien untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak-kanak kedalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis. Adapun perilaku

yang berhubungan dengan kerancuan identitas yaitu tidak ada kode moral, sifat kepribadian yang bertentangan tentang diri sendiri, tingkat ansietas yang tinggi, ketidakmampuan untuk empati terhadap orang lain.

3. Depersonalisasi

Depersonalisasi adalah suatu perasaan yang tidak realistis dimana pasien tidak dapat membedakan stimulus dari dalam atau luar dirinya. Pasien mengalami kesulitan untuk membedakan dirinya sendiri dari orang lain, dan tubuhnya sendiri merasa tidak nyata dan asing baginya.

d. Tanda dan Gejala

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

1. Kurang percaya diri, perasaan malu terhadap diri sendiri dan individu.
2. Rasa bersalah kepada diri sendiri, individu yang selalu gagal dalam meraih sesuatu.
3. Merendahkan martabat diri sendiri, menganggap dirinya berbeda dibawah orang lain.
4. Gangguan berhubungan sosial seperti menarik diri, lebih suka menyendiri.
5. Sulit mengambil keputusan, cenderung bingung dalam memilih sesuatu.

6. Mudah tersinggung atau marah berlebihan.
7. Kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapih, selera makan menurun, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, dan berbicara dengan nada lemah. (Keliat, 2017).

e. Penatalaksanaan

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

1. Terapi Somaterapi

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

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

Tujuan utama somaterapi adalah membantu klien meningkatkan kesadaran akan pengalaman fisik mereka, mengenali

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

2. Terapi Supportif, dimaksudkan untuk memberi dukungan, motivasi, dan semangat agar penderita tidak merasa putus asa. Terapi yang dapat dilakukan diantaranya terapi kognitif yang berorientasi terhadap dan pemecahannya.
3. Terapi Manipulasi Lingkungan, terapi yang bersifat terapeutik dapat berupa kegiatan-kegiatan yang membawa kearah penyembuhan, dan lingkungan berpengaruh sangat besar terhadap proses penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa. Tujuan terapi ini adalah untuk membantu pasien mengembangkan rasa harga diri dan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, membantu mempersiapkan diri untuk Kembali ke Masyarakat, dan belajar mempercayai orang lain.

4. Terapi Farmakologi

a. Haloperidol

- 1) Klasifikasi : Antipsikotik, neuroleptik, butorifenon.
- 2) Indikasi : Mengelola psikosis kronis dan akut, mengendalikan hiperaktivitas dan masalah perilaku yang parah.
- 3) Mekanisme Kerja : Mekanisme kerja yang tepat belum sepenuhnya dipahami, namun terlihat mengurangi aktivitas system saraf pusat di Tingkat subkortikal formasi reticular otak, mesensefalon, dan batang otak.
- 4) Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini, depresi SSP dan sumsum tulang belakang, kerusakan subkortikal otak, penyakit Parkinson, dan anak di bawah 3 tahun.
- 5) Efek Samping : Mengantuk, sakit kepala, kejang pusing.

5. Penanganan Keperawatan

a) Terapi Generalis

Terapi generalis, yang juga sering disebut sebagai terapi umum atau terapi konseling, merujuk pada pendekatan terapeutik yang digariskan untuk membantu individu menangani berbagai masalah psikologis, emosional, atau interaksi sosial secara

keseluruhan. Pendekatan ini melibatkan berbagai Teknik terapeutik yang dapat diterapkan secara luas untuk menangani berbagai jenis masalah mental atau emosional yang dihadapi individu.

b) Terapi Modalitas

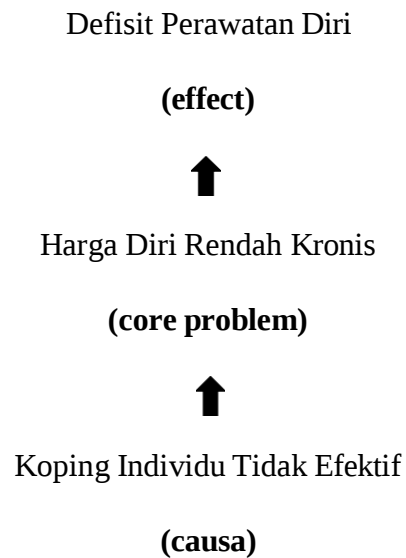
Terapi modalitas merujuk pada berbagai pendekatan atau teknik dalam bidang Kesehatan mental yang digunakan untuk mengatasi masalah psikologis atau emosional. Ini mencakup berbagai jenis terapi, seperti terapi perilaku kognitif (CBT), terapi psikodinamik, terapi keluarga, terapi interpersonal, terapi seni ekspresif, dan banyak lagi. Setiap terapi memiliki pendekatan yang berbeda dalam membantu individu meraih kesejahteraan mental mereka.

c) Terapi Kognitif

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

f. Pohon Masalah

Bagan 2. 2Pohon Masalah Harga Diri Rendah



3. Konsep Defisit Perawatan Diri

a. Definisi

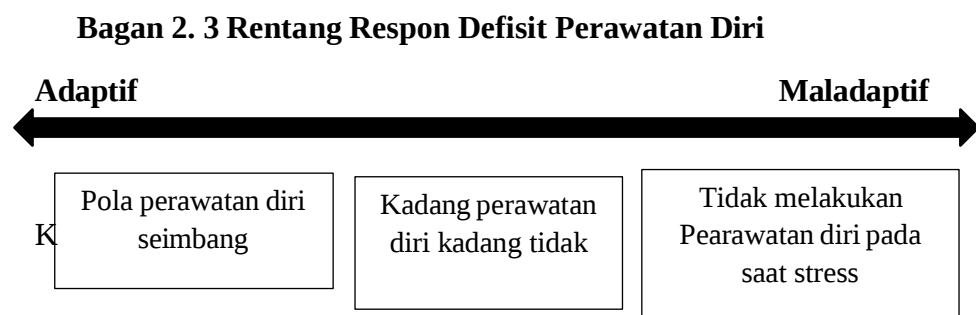
Defisit perawatan diri adalah keadaan di mana seseorang mengalami penurunan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berpakaian, makan, dan buang air besar/buang air kecil. Jika kondisi deficit perawatan diri terus berlanjut, dapat memiliki dampak baik secara fisik maupun psikologis. Ketika seseorang tidak lagi mampu merawat dirinya sendiri, hal itu dapat menimbulkan perasaan rendah diri, membuatnya menjadi tergantung pada orang lain dalam aktifitas sehari-hari, dan bisa menjadi titik kritis dalam kehidupan lansia (Fitria, 2017).

Defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan seseorang dalam melakukan aktivitas perawatan diri sendiri (SDKI, 2017). Pasien dengan masalah defisit perawatan diri tidak mempunyai keinginan untuk merawat dirinya seperti mandi teratur, berhias diri, buang air kecil dan besar pada tempatnya. Kebutuhan aktifitas perawatan diri merupakan fokus dalam asuhan keperawatan jiwa, sehingga seorang perawat harus memiliki kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan aktifitas perawatan diri, terutama pada pasien yang mengalami masalah defisit perawatan diri.

Defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami hambatan ataupun gangguan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi untuk dirinya sendiri (Tumanduk et al, 2018).

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa Defisit Perawatan Diri merupakan penurunan kemampuan, keinginan, dan kepekaan seseorang untuk melakukan perawatan diri, hal tersebut merupakan salah satu masalah yang biasanya timbul pada Orang dengan Gangguan Jiwa Kronis.

b. Rentang Respon Defisit Perawatan Diri



1. Pola perawatan diri seimbang: saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukanklien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.
2. Kadang perawatan diri kadang tidak: saat klien mendapatkan stressor kadang-kadang klien tidak memperhatikan perawatan diri.
3. Tidak melakukan perawatan diri: klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stressor.

c. Etiologi

Faktor-faktor yang memengaruhi kebutuhan untuk mandi, yakni:

1. Citra tubuh persepsi individu terhadap tubuhnya sangat memengaruhi tingkat kebersihan dirinya. Perubahan fisik tertentu dapat membuat individu kurang peduli terhadap kebersihan dirinya.
2. Status sosial ekonomi Proses mandi memerlukan peralatan dan bahan tertentu seperti sabun dan alat mandi, yang semuanya membutuhkan biaya untuk memperolehnya.
3. Pengetahuan mengenai kebutuhan mandi memiliki peran penting karena pengetahuan yang memadai dapat meningkatkan kesehatan.
4. Variabel kebudayaan di beberapa masyarakat, ada kepercayaan bahwa individu yang sedang sakit tidak boleh dimandikan.
5. Kondisi fisik Pada situasi tertentu, atau ketika seseorang sedang sakit, kemampuan untuk merawat diri bisa berkurang dan membutuhkan bantuan.

d. Tanda dan Gejala

Adapun tanda dan gejala pada pasien defisit perawatan diri yaitu meliputi:

1. Gejala Fisik Akan terlihat dan dirasakan dimana badan bau, pakaian kotor, rambut dan kulit kotor, kuku panjang dan kotor, gigi kotor di sertai mulut bau dan penampilan tidak rapi dan wangi.
2. Pasien akan terlihat malas tidak ada inisiatif, menarik diri isolasi diri, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dirinya hina.
3. Gejala sosial Dimana interaksi kurang, kegiatan kurang, tidak mampu berperilaku sesuai dengan norma, cara makan tidak teratur, tidak pernah merawat diri sendiri, BAB dan BAK sembarang tempat, gosok gigi mandi tidak mampu mandiri. Gejala yang timbul pada pasien tersebut akan berdampak pada kesehatannya karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik dan gangguan fisik yang sering terjadi gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.

e. Klasifikasi Defisit Perawatan Diri

Klasifikasi perawatan diri terbagi menjadi empat jenis:

1. Defisit perawatan diri mandi: Gangguan kemampuan untuk menjaga kebersihan tubuh saat mandi.
2. Defisit perawatan diri berpakaian: Gangguan kemampuan untuk berpakaian.

3. Defisit perawatan diri makan: Gangguan kemampuan untuk makan sendiri.
4. Defisit perawatan diri toileting: Gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas buang air besar dan buang air kecil.

f. Manifestasi Klinis

Manifestasi klien dengan gangguan perawatan diri adalah:

1. Fisik ditandai dengan:
 - a. Kulit kepala kotor dan rambut kusam,acak-acakan
 - b. Hidung kotor dan telinga juga kotor.
 - c. Gigi kotor disertai mulut bau.
 - d. Kulit kusam dan tidak terawat.
 - e. Kuku panjang dan tidak terawat.
 - f. Badan kotor,bau dan pakaian kotor.
 - g. Penampilan tidak rapi.
2. Psikologi ditandai dengan:
 - a. Malas, tidak ada inisiatif.
 - b. Menarik diri, isolasi diri.
 - c. Merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina.
3. Sosial ditandai dengan:
 - a. Interaksi kurang.
 - b. Kegiatan kurang.
 - c. Tidak mampu berperilaku sesuai norma.

g. Dampak Defisit Perawatan Diri

1. Dampak fisik dari kurang menjaga kebersihan diri dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan, termasuk gangguan integritas kulit dan lainnya.
2. Dampak psikososial meliputi masalah sosial yang terkait dengan kebersihan diri, seperti kebutuhan sosial.

4. Konsep Koping Individu Tidak Efektif

a. Definisi

Koping tidak efektif merupakan ketidakmampuan menilai dan merespon stressor dan/ ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah. (SDKI, 2018). Menurut Carpeniti (2018) dalam Sutejo (2019) menyatakan bahwa koping individu tidak efektif adalah suatu keadaan seorang individu menghadapi/mengalami atau berisiko mengalami, ketidakmampuan beradaptasi terhadap lingkungan internal atau lingkungan stress secara memadai karena sumber daya yang tidak memenuhi (fisik, psikososial, perilaku, dan/atau kognitif).

b. Etiologi

Menurut SDKI (2018) koping individu tidak efektif dapat disebabkan karena adanya:

1. Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah
2. Ketidakadekuatan sistem pendukung
3. Ketidakadekuatan strategi koping

4. Ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan
5. Ketidacukupan persiapan untuk menghadapi stressor
6. Disfungsi sistem keluarga
7. Krisis situasional
8. Krisis maturasional
9. Kerentanan personalitas
10. Ketidakpastian

c. Tanda dan Gejala

Menurut SDKI (2016) tanda dan gejala coping tidak efektif adalah :

1. Gejala dan Tanda Mayor
 - a. Subjektif
 1. Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah
 - b. Objektif
 1. Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia).
 2. Menggunakan mekanisme coping yang tidak sesuai.
2. Gejala dan Tanda Minor
 - a. Subjektif
 1. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar
 2. Kekhawatiran kronis
 - b. Objektif
 1. Penyalahgunaan zat
 2. Manipulasi orang lain untuk memenuhi keinginannya

3. Perilaku tidak asertif

4. Partisipasi sosial kurang.

d. Manifestasi Klinis

Menurut SDKI (2016), kondisi klinis terkait masalah keperawatan ini adalah:

1. Kondisi perawatan kritis
2. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
3. Gangguan perilaku
4. Oppositional Defiant Disorder
5. Gangguan kecemasan perpisahan
6. Delirium
7. Demensia
8. Gangguan amnestic
9. Intoksikasi zat
10. Putus zat
11. Partisipasi sosial kurang.

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 coping dan kemampuan coping yang dimiliki pasien.

a. Identitas Klien

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

b. Identitas Penanggung Jawab

Identitas Penanggung jawab 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. Umumnya faktor pencetus klien dengan harga diri rendah adalah sebagai berikut :

1) Faktor Presipitasi

a) Faktor Presipitasi dapat disebabkan oleh faktor ketegangan peran, konflik peran, peran yang tidak jelas, peran berlebihan, perkembangan transisi.

b) Situasi transisi peran.

Transisi peran sehat-sakit, disebabkan oleh: kehilangan bagian tubuh, perubahan ukuran dan bentuk, perubahan fisik, prosedur pengobatan dan perawatan.

c) Ancaman fisik

2) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merujuk pada risiko-risiko yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stres. Informasi ini dapat diperoleh dari pasien maupun keluarganya, mengenai faktor-faktor seperti perkembangan sosial- kultural, biokimia, psikologis, dan genetik yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stres.

a) Faktor perkembangan

Ketika individu mengalami hambatan dalam mencapai tugas perkembangannya atau mengalami gangguan

dalam hubungan interpersonal, mereka cenderung mengalami stress dan kecemasan.

b) Faktor sosial-kultural

Berbagai faktor di masyarakat dapat membuat seseorang merasa terasing atau kesepian terhadap lingkungan di mana mereka dibesarkan.

c) Faktor biokimia

Stres yang berlebihan dapat menyebabkan tubuh menghasilkan zat neurokimia yang bersifat halusinogenik.

d) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak sehat, konflik yang tidak terpecahkan, atau penolakan dapat meningkatkan tingkat stress dan kecemasan, bahkan mungkin

e) Faktor genetic

Meskipun pengaruh genetik pada bipolar belum sepenuhnya dipahami, studi menunjukkan bahwa faktor faktor keluarga memiliki keterkaitan yang signifikan dalam penyakit ini

d. Pemeriksaan Fisik

Biasanya, aspek yang diperiksa mencakup Tanda-Tanda Vital (Tekanan darah, nadi, pernapasan dan suhu), berat badan, tinggi badan, dan keluhan fisik lainnya.

e. 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.

f. 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 orang lain mengasingkan.

6) Spritual

a) 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.

b) 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.

g. 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, terutama bagi klien dengan gangguan persepsi sensorik seperti halusinasi pendengaran. 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. Pada umumnya, klien dengan gangguan persepsi sensorik seperti

halusinasi pendengaran memiliki kemampuan penilaian yang baik dalam situasi tertentu.

14. Daya Titik Diri

Mengamati pemahaman klien tentang penyakit yang dideritanya, terutama bagi klien dengan gangguan persepsi sensorik seperti halusinasi pendengaran. Klien mungkin menyadari bahwa mereka sedang menjalani pengobatan untuk mengendalikan gejala emosional yang labil.

h. 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) Observasi dan tanyakan kepada pasien dan keluarga tentang:

Penggunaan obat dan Reaksi obat.

7) Pemeliharaan Kesehatan

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

8) 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.

i. Mekanisme Koping

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

j. Masalah Psikososial dan Lingkungan

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

k. Pengetahuan

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

l. Aspek Medis

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

2. Analisa Data

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

Tabel 2. 4Analisa Data

Analisa Data	Masalah
1	2
Data Subjektif: 1. Klien mengatakan malu 2. Klien mengatakan dirinya merasa tidak memiliki kemampuan positif 3. Klien mengatakan merasa dirinya tidak berguna karena tidak bekerja 4. Klien mengatakan tidak percaya diri dan putus asa Data Objektif: 1. Klien tampak murung, kontak mata kurang 2. Klien tampak serig menunduk 3. Klien enggan mencoba hal baru	Harga Diri Rendah Kronis
Data Subjektif : 1. Klien mengatakan mandi 2 kali sehari Data Objektif : 1. Gigi klien tampak kuning 2. Kuku Panjang dan tidak terawat 3. Badan keringetan dan bau	Defisit Perawatan Diri

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa merupakan sebuah pernyataan yang menjelaskan tanggapan individu atau kelompok terhadap status kesehatan atau risiko perubahan pola, di mana perawat bertanggung jawab secara akuntabel untuk mengidentifikasi dan memberikan intervensi yang tepat guna menjaga kesehatan, mengurangi risiko, membatasi, mencegah, dan mengubahnya.

Pasien dengan harga diri rendah dapat mengalami beberapa masalah keperawatan, seperti:

- a.** Harga diri rendah
- b.** Defisit dalam perawatan diri
- c.** Koping individu tidak efektif

4. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan terdiri dari empat komponen yaitu, tujuan umum, tujuan khusus, rencana tindakan keperawatan dan rasional. Tujuan merupakan rumusan kemampuan pasien yang harus dicapai (Yusuf, 2016)

a. Tujuan umum

Meningkatkan aktualisasi diri klien dengan membantu menumbuhkan, mengembangkan, menyadari potensi sambil mencari kompensasi ketidakmampuan.

b. Tujuan Khusus

Klien dapat mengenal dukungan yang dibutuhkan dalam menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan konsep diri dan membantu klien agar lebih mengerti akan dirinya secara tepat.

c. Tindakan Keperawatan

Membantu klien mengidentifikasi penilaian tentang situasi dan perasaan yang terkait serta meningkatkan penilaian diri untuk melakukan peruba

Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan

Kriteria Intervensi	Intervensi
Setelah 1x interaksi, klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat: 1. Ekspresi wajah cerah, tersenyum mau berkenalan 2. Ada kontak mata 3. Bersedia menceritakan perasaan 4. Bersedia mengungkapkan masalah	SP 1 Bina hubungan saling percaya 1. Mengucapkan salam terapeutik. Sapa klien dengan ramah - Berjabat tangan dengan klien 2. Perkenalkan diri dengan sopan Tanyakan nama lengkap klien 3. Jelaskan tujuan pertemuan 4. Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan 5. Tunjukkan sikap empati pada klien.
Setelah 2x interaksi, klien menyebutkan aspek positif yang dimiliki klien, seperti kegiatan klien di rumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat lingkungan klien	SP 2 : 1. Diskusikan dengan klien bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan yang dimiliki klien 2. Bersama klien buat daftar tentang aspek positif seperti kegiatan klien di rumah,

Kriteria Evaluasi	Intervensi
	adanya keluarga dan lingkungan terdekat klien 3. Hindarkan memberi penilaian negatif Beri pujian yang realistis atas kemampuan klien
Setelah 2x interaksi, klien menyebutkan kemampuan yang dimilikinya yang dapat dilaksanakan	SP 3 : 1. Diskusikan dengan klien tentang kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit 2. Bantu klien menyebutkan dan beri penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien 3. Perhatikan respon yang kondusif serta jadilah pendengar yang aktif.
Setelah 1x evaluasi, klien dapat merencanakan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya	Tingkatkan kegiatan yang sesuai dengan toleransi dan kondisi 1. Rencanakan bersama klien suatu aktifitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai

Kriteria Hasil	Intervensi
	Dengan kemampuan klien 2. Beri contoh kegiatan yang boleh dilakukan
Setelah 1x interaksi klien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat	Berdiskusi dengan klien untuk menetapkan urutan kegiatan yang telah dipilih klien yang akan dilatihkan 1. Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan 2. Pantau kegiatan yang telah dihasilkan 3. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang 4. Memotivasi klien untuk memasukan kegiatan yang telah dilakukan kedalam jadwal kegiatan harian.

Kriteria Hasil	Intervensi
Klien memanfaatkan sistem yang ada di keluarga	Beri pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah 1. Diskusikan dengan keluarga memberikan dukungan dan motivasi klien dalam melakukan kegiatan yang sudah dilatih klien selama dirawat 2. Bantu klien menyiapkan lingkungan di rumah 3. Anjurkan keluarga untuk mengamati perkembangan perubahan perilaku klien.
Setelah dilakukan interaksi 1x klien dapat melakukan kebersihan diri secara mandiri	SP 1 : Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri 1. Menjelaskan kepada klien pentingnya menjaga kebersihan diri 2. Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri

Kriteria Hasil	Intervensi
	3. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri 4. Melatih klien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri.
Setelah dilakukan interaksi 1x klien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik	SP 2 : Melatih pasien berdandan/berhias 1. Menjelaskan Pasien untuk berhias/berdandan 2. Untuk pasien laki-laki meliputi: Berpakaian, Menyisir rambut, Bercukur 3. Untuk pasien wanita meliputi : Berpakain, Menyisir rambut , Berhias.
Setelah dilakukan interaksi 1x klien mampu melakukan makan dengan baik	SP 3 : Melatih pasien makan secara mandiri 1. Menjelaskan cara mempersiapkan makan 2. Menjelaskan cara makan yang tertib 3. Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan

Kriteria Hasil	Intervensi
	4. Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik.
Setelah dilakukan interaksi 1x klien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri	SP 4 : Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri 1. Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai 2. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK 3. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB/BAK.

5. Implementasi

Implementasi menurut Haryanto (2017) adalah kategori dari perilaku keperawatan yang dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan juga serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status Kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

6. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi suatu masalah dengan hasil yang tercapai atau tidak (Ali, 2017)

Evaluasi dibagi menjadi 2 yaitu:

- a. Evaluasi proses (Formatif) yang dilakukan setiap setelah melakukan Tindakan keperawatan.
- b. Evaluasi hasil (Sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai pola pikir.

S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O: Respon objektif klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan

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 diagnose dibatalkan.
- d. Rencana atau diagnose selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Laporan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1. Identitas Pasien

Nama	: Tn.T
Umur	: 29 Tahun
Tanggal Lahir	: Bandung, 05 Oktober 1995
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMK
Status Perkawinan	: Belum Kawin
Pekerjaan	: Tidak Bekerja
Alamat	: Jl. Pembangunan
Tanggal Masuk	: 26-04-2019
Tanggal Pengkajian	: 24-04-2025
No RM	: 9028
Diagnosa Medis	: Bipolar

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. N
Umur	: 57 Tahun
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta

Jenis Kelamin : Laki-Laki
Hubungan Dengan Klien : Ayah
Alamat : Jl. Pembangunan

b. Alasan Masuk

Klien datang ke Klinik Yayasan Nur Ilahi Assani Garut diantarakan oleh keluarganya, klien dibawa akibat marah-marah dan memukul ayahnya. Pada hari Kamis, tanggal 24 April 2025 dilakukan pengkajian didapat hasil klien mengatakan bahwa merasa dirinya jelek terutama pada bagian wajah, berkulit hitam sehingga pasien tidak merasa percaya diri. Klien mengatakan waktu sekolah sering si bully oleh teman-temannya. Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Cisarua Bandung Provinsi Jawa Barat, Klien mengatakan sejak masuk Rumah Sakit Jiwa ibu dan adik-adiknya merasa malu mempunyai anggota keluarga yang gangguan jiwa. Klien mengatakan ibu dan adiknya berbicara seperlunya terhadap klien.

c. Faktor Predisposisi

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masalalu? Ya

Klien mengatakan sebelumnya pernah masuk rumah sakit jiwa sebanyak 1 kali dan sekarang yang ke 2 kalinya, dimulai tahun 2015. Klien pernah melakukan aniaya fisik dan kekerasan dalam keluarganya terhadap ayahnya dan klien menyadari bahwa perlakuan seperti itu salah.

2. Pengobatan Sebelumnya

Klien pertama kali dirawat di Rumah Sakit Jiwa Cisarua Bandung tetapi pengobatan tidak berhasil .

3. Aniaya Fisik

Klien mengatakan ssering di aniaya oleh ibunya dan dilingkungan sekolahnya.

4. Aniaya Sex

Klien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku maupun korban aniaya sex.

5. Penolakan

Klien merasa ditolak keluarga karena tidak bekerja.

6. Kekerasan Dalam Keluarga

Klien mengatakan sering di aniaya oleh ibunya.

7. Adakah Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa?

Klien mengatakan anggota keluarganya ada yang mengalami gangguan jiwa, yaitu pamannya dengan gejala Skizofrenia Halusinasi dan Riwayat pengobatannya berhasil.

8. Pengalaman Masalah Yang Tidak Menyenangkan

Klien mengatakan mempunyai Riwayat masa lalu yang tidak menyenangkan karena pernah di bully oleh teman-temannya.

d. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : Baik,

Composmentis

Tanda Vital : Tekanan Darah : 120/80 mmHg

Suhu : 36,2 C

Nadi : 89x/menit

Respirasi : 22x/menit

SPO2 : 99%

2. Antropometri : Berat Badan : 84 kg

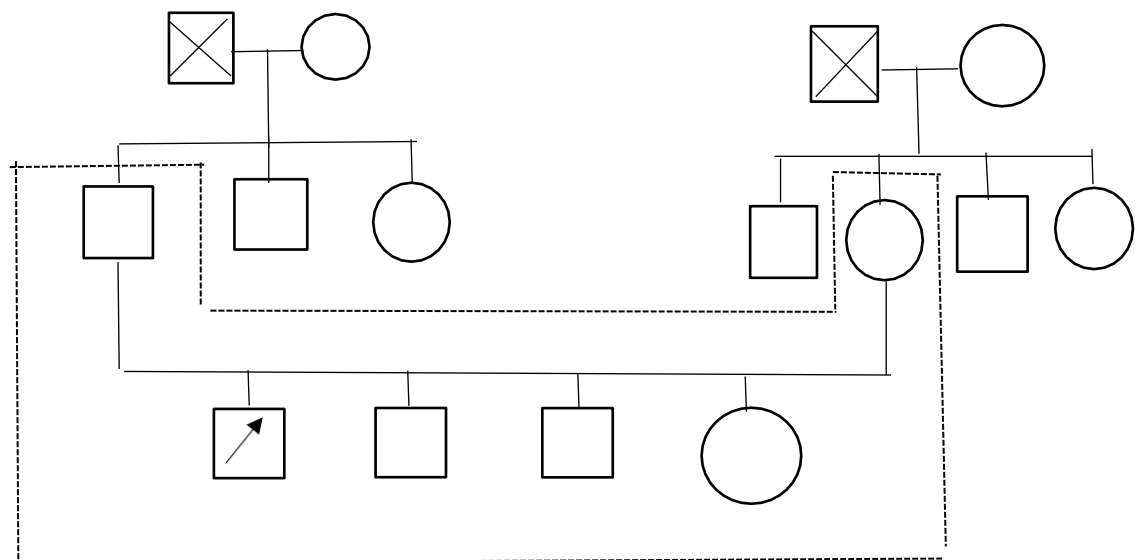
Tinggi Badan : 174 cm

3. Keluhan Fisik : Klien mengatakan tidak merasa ada Keluhan fisik lainnya.

e. Psikososial

1. Genogram

Bagan 3 1 Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

⊗ : Meninggal

◡ : Pasien

| : Garis Penghubung

├ : Garis Keturunan

----- : Tinggal Serumah

Keterangan :

Klien merupakan anak ke satu dari empat bersaudara, dikeluarganya tersebut tidak ada yang memiliki gangguan jiwa tetapi anak dari kakak ibunya klien, Klien belum menikah, klie masih tinggal serumah dengan ibunya, tetapi dari tahun 2019 sampai sekarang klien masih menjalani rehabilitasi mental di Klinik Yayasan Nur Illahi Assani Samarang Garut.

2. Konsep Diri

a) Citra Tubuh

Klien mengatakan tidak percaya diri karena merasa jelek terutama pada bagian wajah dan berkulit hitam.

b) Identitas Diri

Klien mengatakan status dan posisinya sebelum sakit adalah sebagai anak dikeluarganya, dan sebagai masyarakat dilingkungan sekitar, serta sebagai pasien di lingkungan klinik Yayasan Nur Illahi Assani.

c) Peran

Klien mengatakan perannya dikeluarga sebagai anak membantu keluarganya, tetapi klien mengatakan belum mampu melaksanakan tugas dan perannya dengan baik.

d) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin cepat pulang. Klien juga mengatakan Ketika sudah sembuh dia berencana untuk mencoba membuat usaha sendiri.

e) Harga Diri

Klien merasa malu dan tidak percaya diri karena berkulit hitam dan wajah jelek.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

3. Hubungan Sosial

a) Orang yang berarti

Menurut klien orang yang paling berarti dalam hidupnya Ketika dirumah adalah neneknya, dan Ketika di Yayasan adalah temannya yaitu Tn.A.

b) Peran Serta Dalam Kelompok Atau Masyarakat

Klien selalu ikut berperan serta dalam kegiatan masyarakat seperti gotong royong, karang taruna dan lain-lain.

c) Hambatan Dalam Berhubungan Dengan Orang Lain

Klien mengatakan dirinya tidak percaya diri karena berwajah jelek dan berkulit hitam.

f. Spiritual

1. Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan bahwa klien beragama islam ,dan memiliki keyakinan banyak beribadah dan berdo'a akan mempercepat proses penyembuhannya.

2. Kegiatan ibadah

Klien mengatakan melaksanakan shalat 5 waktu , melaksanakan shalat dhuha , shalat tahajud , shalat hajat setiap hari dan mengaji 2 halaman perhari .

g. Status Mental

1. Penampilan

Klien berpenampilan kurang rapih , penggunaan baju sesuai dengan aturan Yayasan Klinik Nur Illahi , tetapi klien mengatakan malas mandi dan menggosok gigi , klien

tampak bau mulut , gigi tampak kotor, kuku panjang ,rambut tampak kotor dan berminyak .Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri.

2. Pembicaraan

Saat diajak berinteraksi klien menjawab pertanyaan dengan suara pelan. Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

3. Aktivitas Motorik

Klien tampak lesu , gelisah , tampak menyendiri.

4. Alam Perasaan

Klien mengatakan kadang sedih , kadang senang. Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

5. Afek

Baik. Klien dapat berekspresi sesuai dengan keadaan sekitar.

6. Interaksi Selama Wawancara

Saat diwawancara klien mau diajak wawancara, tetapi sering menunduk, kontak mata kurang.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

7. Persepsi halusinasi

Klien mengatakan sudah tidak ada halusinasi

8. Proses pikir

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

9. Isi pikir

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

10. Tingkat kesadaran

Tingkat keasadaran klien baik , klien menyadari dirinya sedang dirawat di Yayasan Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut ,klien menganali teman-teman yang ada di klinik.

11. Memori

Jangka Panjang : Klien mampu mengingat kapan klien masuk ke Klinik Nur Illahi Assanie.

Jangka Pendek : Klien mampu mengingat nama orang yang baru diajak berkenalan.

12. Tingkat konsentrasi berhitung

Pada saat diberi pertanyaan ,klien mampu berhitung dan menjumlahkan bilangan yang diberikan dengan benar.

13. Kemampuan menilai

Klien mampu menilai sesuatu dan mengambil keputusan sederhana seperti akan duduk dimana dan berbincang-bincang dimana.

14. Daya tilik diri

Klien menyadari penyakit yang dideritanya dan merasa perlu pertolongan.

h. Mekanisme Koping

1) Adaptif :

- a) Klien mampu berbicara dengan orang lain
- b) Klien mampu berolahraga
- c) Klien mampu beribadah

2) Maladaptif :

- a) Klien suka menyendiri

b) Klien tidak turun kebawah mengikuti kegiatan lainnya

i. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan ketika di Yayasan Nur Illahi tidak ada masalah.

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan

Klien mengatakan ada hambatan dengan lingkungan yaitu kurang percaya diri.

3. Masalah dengan ekonomi

Klien mengatakan berkecukupan karena kakanya bekerja diluar negeri.

4. Masalah dengan pelayanan Kesehatan

Klien mengatakan tidak ada masalah dalam pelayanan kesehatan.

5. Kurang pengetahuan

Klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakitnya.

j. Kebutuhan Pulang

1) Makan

Klien makan sendiri , makan habis 1 porsi , frekuensi makan 3x sehari

2) BAK/BAB

BAK/BAB Klien mandiri , ke kamar mandi dan membersihkan sendiri

3) Mandi

Klien mandi 1 hari sekali

4) Berpakain atau berhias

Klien perlu diingatkan untuk merapihkan pakaiannya.

5) Istirahat dan tidur

Tidur siang : 13.30 - 15.00 WIB Tidur malam : 20.00 - 06.00 WIB

Aktivitas sebelum tidur klien mengatakan sholat , menonton tv , dan aktivitas setelah bangun yaitu mandi,makan dan minum obat.

6) Penggunaan obat

Klien mampu meminum obat secara mandiri dan diawasi oleh perawat, klien minum obat 3x1 hari yaitu pagi, siang dan malam

7) Aktivitas diluar rumah

Klien mengatakan apabila ia sembuh ia akan membuka suatu usaha

k.Aspek Medis

1. Diagnosa medis : Bipollar
2. Terapi medis

Tabel 3. 1 Therapy Medis

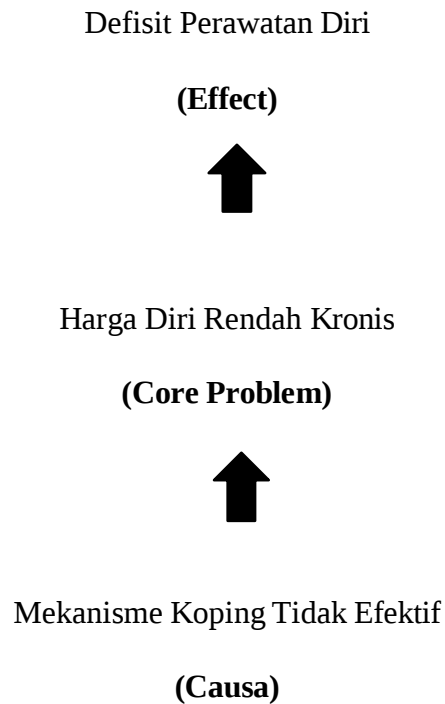
no	Nama obat	Dosis	Waktu Pemberian	Kegunaan	Efek samping
1	Stelosi	5 mg	08.00 13.00 17.00	Mengatasi halusinasi, stress.	Pusing, mulut kering dan sembelit
2	Heximer	5 mg	08.00 13.00 17.00	Penyeimbangan/menghindari efek samping tremor dan mata juling	Mulut kering dan pusing
3	Clozafin	25 mg	17.00	Menyeimbangkan kadar dopamine dan serotonin di otak, zat yang membantu mengatur suasana hati.	mengantuk

2 Analisa Data

Tabel 3. 2 Analisa Data

No	Data	Masalah
1.	Ds: Klien mengatakan tidak menyukai bagian tubuhnya terutama pada wajah karena jelek dan berkulit hitam sehingga pasien tidak percaya diri. Do: 1. Klien mengatakan malu karena dirinya sering di bully 2. Pembicaraan klien tampak lambat 3. Volume suara rendah 4. Klien tampak tegang dan gelisah 5. Klien tidak menyukai bagian tubuhnya terutama pada wajah karena jelek dan berkulit hitam.	Gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah
2.	Ds: Klien mengatakan mandi 1 kali sehari, karena males mandi walaupun mandi klien tetap merasa dirinya jelek Do: 1. Klien tampak kurang bersih 2. Gigi klien tampak kuning dan kotor, gosok gigi 1 kali sehari 3. Klien mandi dan gosok gigi ketika mau 4. Kuku klien tampak kotor	Defisit Perawatan Diri

3. Pohon Masalah



4. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan konsep diri b.d Harga Diri Rendah Kronis d.d:

Ds :

Klien mengatakan tidak menyukai bagian tubuhnya terutama pada wajah karena jelek dan berkulit hitam sehingga pasien tidak percaya diri.

Do :

1. Klien mengatakan malu karena dirinya sering di bully
2. Pembicaraan klien tampak lambat
3. Volume suara rendah
4. Klien tampak tegang dan gelisah

5. Klien tidak menyukai bagian tubuhnya terutama pada wajah karena jelek dan berkulit hitam.

2. Defisit Perawatan Diri d.d:

Ds:

Klien mengatakan mandi 1 kali sehari, karena males mandi walaupun mandi klien tetap merasa dirinya jelek

Do:

1. Klien tampak kurang bersih
2. Gigi klien tampak kuning dan kotor, gosok gigi 1 kali sehari
3. Klien mandi dan gosok gigi Ketika mau
4. Kuku klien tampak kotor

1. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 3 Intervensi

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5
1.	Harga Diri Rendah Kronis	Setelah dilakukan selama 1x30 menit pertemuan diharapkan klien mampu: 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 2. Memiliki kemampuan yang dapat digunakan 5. Memilih kegiatan sesuai kemampuan 6. Melakukan kegiatan yang sudah dipilih 7. Merencanakan kegiatan yang sudah dilakukan.	SP I: 1). Bina Hubungan Saling Percaya 2). Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki 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 bertemu dengan klien 3). Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan a) Diskusikan dengan klien kemampuan yang masih digunakan saat ini.	1. Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran komunikasi 2. Mengeksplorasi kemampuan positif yang dimiliki klien 3. Membantu klien menghargai kemampuannya 4. Membantu klien mengembangkan kemampuan yang ada 5. Memberikan pujian atas kemampuan yang sudah dipilih. 6. Untuk mengontrol klien dalam melakukan aktivitasnya.

1	2	3	4	5
			b) Bantu klien menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien. c) Perlihatkan repon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif 4). 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	

1	2	3	4	5
			e) Beri contoh cara pelaksanaan aktifitas yang telah dipilih klien f) Mendiskusikan dengan klien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang sudah dipilih klien) 5). Melatih kemampuan yang dipilih klien a) Bersama klien memperagakan beberapa kegiatan yang akan dilakukan oleh klien b) Berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai dengan kemampuan yang diperlihatkan klien. 6). Membantu menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih a) Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan b) Memberikan pujian atas aktifitas / kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari	

1	2	3	4	5
			c) Tingkatkan kegiatan sesuai toleransi dan perubahan setiap kegiatan. d) Susun daftar aktifitas yang sudah dilakukan bersama klien. SP II: Melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien.	
2.	Defisit Perawatan Perawatan Diri	Setelah dilakukan selama 1x30 menit pertemuan diharapkan klien mampu : 1) Membersihkan diri dengan cara mandi 2) Mampu berhias dan berdandan 3) Mampu melakukan dengan baik 4) Mampu melakukan BAB/BAK dengan baik	SP I : 1). Melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri a) Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan b) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri c) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri d) Melatih klien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri. SP II : 2). Melatih klien berdandan/berhias a) Berpakaian b) Menyisir rambut	1. Untuk membantu klien melakukan kebersihan diri 2. Untuk membantu klien berhias secara mandiri 3. Untuk melatih klien secara mandiri 4. Untuk melatih klien BAK/BAB secara mandiri

1	2	3	4	5
			c) Berhias SP III : 3). Melatih Klien makan secara mandiri a) Menjelaskan cara mempersiapkan makan b) Menjelaskan cara makan yang tertib c) Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan d) Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik SP IV: 4). Mengajarkan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri a) Menjelaskan klien melakukan b) BAB/BAK secara mandiri c) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK d) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB	

8. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

DX	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5
I	Kamis, 24 April 2025 10.00	SP 1: 1. Membina hubungan saling percaya (ucapkan salam, berkenalan, mengungkapkan perasaan dan keluhan saat ini, kontrak waktu) R: klien tampak percaya kepada perawat 2. Mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki pasien R: klien mempunyai kemampuan bernyanyi, bermain catur, bermain voli, dan berhitung 3. Menilai kemampuan yang dapat digunakan saat ini R: klien mempunyai kemampuan yang baik dalam bernyanyi, bermain catur, bermain voli, dan berhitung 4. Membantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih R: klien memilih untuk bernyanyi dan bermain gitar 5. Melatih kemampuan yang dipilih R: klien tampak bermain catur dengan baik 6. Memasukan dalam jadwal kegiatan harian	S: klien mengatakan mempunyai kemampuan bernyanyi, bermain catur, voli dan berhitung O: - Klien mampu menyebutkan kemampuannya - Klien mampu memilih kemampuannya - Klien tampak bernyanyi dengan baik - Klien tampak senang setelah bernyanyi - Klien meminum obat sesuai aturan - Klien mampu menyebutkan jenis obat A: - Harga Dri Rendah - Klien mampu diajak - Terdapat kontak mata P: - SP 1 tercapai - Lanjut SP 2	

1	2	3	4	5
		RTL : - Evaluasi SP 1 - Lanjut SP 2		
I	Jum'at, 25 April 2025 14.00	SP 2 1. Mengevaluasi kegiatan lalu (SP 1) R: klien mampu menyebutkan aspek positif yang dimiliki. Klien mampu memilih kegiatan, klien mampu melakukan kegiatan yang dipilih 2. Memilih kemampuan kedua yang dilakukan R: klien memilih untuk bermain catur 3. Melatih kemampuan yang dipilih R: klien mampu 4. Memberikan pujian atas keberhasilan klien R: klien tampak baik dalam melakukan kemampuannya 5. Memasukan dalam jadwal harian RTL : evaluasi SP 2	S : klien mengatakan memilih untuk melakukan kegiatan bernyanyi dan main gitar O : - Klien mampu memilih kemampuannya - Klien memilih untuk bernyanyi - Klien tampak melakukan kemampuan bermain catur dengan baik A : - Harga Diri Rendah - Klien mampu melakukan kegiatan aspek positif ke 2 P : - SP 2 teratasi - Pertahankan intervensi	
II	Sabtu, 26 April 2025 09.00	SP 1 1. Melatih klien cara perawatan diri R : klien dapat mengikuti arahan untuk mandi 1x sehari SP 2 2. Mendiskusikan bersama klien cara berdandan atau berhias R : klien dapat mengikuti Arahan berpakaian dengan rapi	S : - Klien mengatakan mandi 1x sehari - Klien mengatakan akan melakukan gosok gigi 2x sehari - Klien mengatakan mengerti cara melakukan kebersihan diri	

1	2	3	4	5
		SP 3 3. Melatih klien makan secara mandiri R: klien mampu makan secara mandiri SP 4 4. Mengajarkan klien melakukan BAK/BAB secara mandiri R: klien mampu melakukan dan membersihkannya sendiri	- Klien mengatakan mengerti cara merapikan pakaian, menyisir rambut, memotong kuku, dan menggosok gigi - Klien mengatakan mengerti dan paham semua penjelasan yang telah diberikan - Klien mengatakan bisa melakukan makan secara mandiri - Klien mengatakan bisa melakukan BAB/BAK secara mandiri. O: - Badan bau dan keringetan - Gigi klien tampak kotor - Rambut tampak berminyak dan panjang - Kuku Panjang dan kotor - Klien dapat mempraktikan cara kebersihan diri dengan baik A: Defisit Perawatan Diri P: - Evaluasi SP 1-4	

9. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan

Hari, tanggal, jam	DX	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4
Senin, 28 April 2025 10.30 – 11.30	I	S: 1. Klien mengatakan kemampuan yang dimilikinya adalah bermain gitar 2. Klien mengatakan selalu mengikuti permainan game 3. Klien senang bermain gitar dan bernyanyi O: 1. Klien mampu memilih aspek positif yaitu menyapu 2. Klien tampak sedang menyapu ruangan 3. Klien tampak menghafal musik baru A: Harga Diri Rendah P: 1. Identifikasi kemampuan positif 2. Bantu klien memilih yang akan dipilih 3. Latih klien melakukan kegiatan sesuai kemampuan klien 4. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian I: 1. Mengidentifikasi kemampuan positif 2. Membantu klien memilih yang akan dipilih 3. Melatih klien melakukan kegiatan sesuai kemampuan klien E: SP I teratasi R: - Lanjut SP II - Evaluasi kegiatan SP I - Masukkan dalam jadwal kegiatan harian klien	
11.30 – 12.00	II	S: Klien mengatakan sudah mengetahui cara merawat diri dan cara berdandan O: 1. Klien sikat gigi 2x sehari 2. Klien mampu menyisir rambut A: Defisit Perawatan Diri	

1	2	3	4
		P: Latih klien cara-cara perawatan kebersihan diri I: Melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri E: SP I teratasi R: Lanjutkan SP II dan III	
Selasa, 29 April 2025 09.00 – 09.30	I	S: 1. Klien mengatakan ingin menyapu ruangan 2. Klien mengatakan ingin belajar nyanyian baru O: 1. Klien mampu menyapu dengan benar 2. Klien tampak sedang menghafal musik baru A: Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah P: Evaluasi SP I dan SP II I: Mempertahankan intervensi yang telah dilakukan R: Pertahankan intervensi	
09.30 – 09.45	II	S: Klien mengatakan sudah mengetahui cara merawat diri, cara berdandan, dan makan mandiri O: 1. Klien mampu mandi 1x sehari 2. Klien mampu menyisir rambutnya dengan rapi A: Defisit Perawatan Diri P: 1. Latih klien berdandan dan berhias I: 1. Melatih klien berdandan & berhias 2. Melatih klien secara mandiri E: SP II dan SP III teratasi	

1	2	3	4
		R: Lanjutkan SP IV	
Rabu, 30 April 2025 13.30 – 13.45	I	S: - Klien mengatakan ingin menyapu - Klien mengatakan ingin bernyanyi O: 1. Klien mampu mengidentifikasi aspek positif 2. Klien mampu memilih kemampuannya 3. Klien mampu memilih kemampuan yang dilatih 4. Klien mampu melatih dan menjadwalkan pelaksanaan kemampuan yang dipilih 5. Klien tampak sedang menyanyi A: Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah Kronis P: Pertahankan intervensi I: Mempertahankan intervensi E: SP I dan SP II teratasi R: Pertahankan intervensi	
13.45 – 14.00	II	S: Klien mengatakan BAB/BAK mandiri O: 1. Klien mampu melakukan kebersihan mandiri 2. Klien mampu melakukan berhias mandiri 3. Klien mampu makan mandiri 4. Klien mampu BAB/BAK mandiri A: Defisit Perawatan Diri P: Evaluasi SP I sampai SP IV I: Pertahankan intervensi yang telah dilakukan E: SP IV teratasi R: Pertahankan intervensi	

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis membahas masalah yang di dapatkan selama melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. T dengan Harga Diri Rendah Akibat Gangguan Afektif Bipolar, masalah yang di dapat berupa perbedaan antara teori dan lapangan, faktor mendukung dan menghambat selama pemberian asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

1. Pengkajian

Pada pembahasan ini di uraikan tentang hasil pengkajian terhadap Tn. T dengan menggunakan BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya) antara Pasien dengan Perawat. Tahap pengkajian pada Tn. T dengan Harga Diri Rendah dilakukan interaksi perawat melalui komunikasi terapeutik untuk mengumpulkan data dan informasi tentang status kesehatan pasien. Pada tahap ini terjadi proses interaksi manusia, komunikasi, transaksi dengan adanya peran perawat sebagai konsep tentang manusia yang dipengaruhi oleh proses interpersonal.

Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari berbagai sumber, yaitu dari pasien, keluarga pasien, dan perawat klinik. Penulis sedikit mendapat kesulitan dalam pengumpulan data karena pasien berbohong pada saat dilakukan komunikasi terapeutik pada hari pertama.

Pada kasus Tn. T, pasien tampak menarik diri, pembicaraan lambat, volume suara rendah, pasien tampak tegang dan gelisah. Gejala-gejala

tersebut mencakup dengan semua yang ada di dalam teori klinis Harga Diri Rendah. Akan tetapi ada beberapa faktor predisposisi dan faktor presipitasi yang menyebabkan terjadinya kekambuhan pada Tn. T.

Pada data Konsep Diri Tn. T mengatakan tidak percaya diri karena merasa jelek terutama pada bagian wajah dan berkulit hitam. Hubungan sosial dalam hambatan berhubungan dengan orang lain Tn. T merasa tidak percaya diri karena berwajah jelek dan berkulit hitam. Spiritual dan kulturan Tn.T beragama islam dan yakin bahwa penyakitnya akan sembuh karena Allah SWT. Status mental pada penampilannya Tn.T tampak kurang bersih, kuku kotor, gigi kuning dan kotor, mandi dan gosok gigi 1 kali sehari. Pembicaraan Tn. T lambat dengan volume suara rendah dan tampak gelisah dan tegang, Tn. T juga labil, kontak mata kurang. Isi pikir Tn T merasa bersalah karena telah memukul ayahnya. Adapun data-data yang ditemukan pada saat pengkajian yang sesuai dengan teori, yaitu:

- a. Perasaan bersalah dan khawatir
- b. Mengkritik diri sendiri
- c. Menarik diri dari realitas, curiga dan cemas
- d. Tidak merawat diri
- e. Bicara lambat dengan nada rendah
- f. Melukai orang lain
- g. Merusak diri
- h. Tidak menerima pujian

Sedangkan data yang tidak ditemukan pada Tn. T tetapi ada dalam teori yaitu :

- a. Tidak berani menatap lawan bicara
- b. Sulit bergaul
- c. Pesimis
- d. Menunda keputusan
- e. Menghindari kesenangan
- f. Merasa tidak mampu
- g. Produktivitas yang menurun
- h. Berpakaian tidak rapi
- i. Nafsu makan menurun
- j. Penolakan terhadap kemampuan diri

Pengkajian merupakan tahap awal awal dalam melakukan pengumpulan data, analisa data, dan perumusan masalah. Data yang dikumpulkan adalah data pasien yang holistik, meliputi aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual. Seorang perawat jiwa diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri, kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespon secara efektif (Yusuf, 2018).

Konsep pada asuhan keperawatan jiwa terdiri dari 5 unsur yaitu, citra diri, ideal diri, harga diri, peran diri, dan identitas diri. Penilaian individu pada tubuhnya baik sadar maupun tidak sadar disebut dengan konsep diri (Purwanto, 2019)

Perubahan individu untuk menghadapi masalah yang dialami oleh individu tersebut adalah mekanisme koping. Dari perbandingan data menurut teori dan data yang ditemukan pada kedua klien tidak ada kesenjangan data dimana seperti yang dijelaskan dalam teori bahwa harga diri rendah berasal dari koping individu yang tidak efektif dimana hal tersebut menyebabkan ideal diri yang tidak realistis.

Tindakan keperawatan terapi modalitas yang dilakukan pada Tn. T yaitu strategi pertemuan pertama sampai dengan pertemuan kedua. Pada strategi pertemuan pertama yaitu pengkajian langsung pada pasien serta membina hubungan saling percaya dan mengidentifikasi, memilih, serta melatih kemampuan aspek positif yang dimiliki pasien. Pada strategi kedua yaitu melatih kemampuan aspek positif kedua yang dimiliki pasien.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang penulis temukan pada saat pengkajian terdapat kesenjangan antara teori dan kasus pada Tn. T. Adapun diagnosa yang mungkin muncul pada gangguan konsep diri : harga diri rendah menurut teori (Yossef & Sutini, 2014) yaitu : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah, Defisit Perawatan Diri, Koping Individu Tidak Efektif dan Isolasi Sosial.

Pada tahap ini tidak semua diagnosa muncul pada Tn. T karena data yang penulis dapatkan merupakan hasil dari pengkajian untuk

menentukan diagnosa keperawatan. Dan didapat 3 diagnosa yang mengarah pada Tn. T yaitu:

- a. Gangguan Konsep diri: harga diri rendah
- b. Defisit Perawatan diri

Pada kasus ini Tn. T mungkin tidak mengalami gangguan isolasi sosial karena klien sudah lama dirawat di klinik selama 6 tahun dan klien sudah mengenal teman-temannya di klinik.

3. Perencanaan

Asuhan keperawatan memerlukan perencanaan yang menjadi suatu keberhasilan dalam melakukan tindakan terhadap pasien, sehingga perencanaan dapat disusun dengan tepat antara tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien dengan masalah yang dihadapi oleh pasien. Dalam perencanaan, penulis mengalami sedikit kesulitan, karena pada saat melakukan interaksi hari pertama klien berbohong sehingga penulis sedikit kesulitan untuk melakukan rencana selanjutnya. Tetapi semua itu bisa diatasi dengan baik, dengan cara pendekatan membina hubungan saling percaya antara pasien dan penulis. Hal ini dikarenakan klien mengalami Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.

Pada tahap ini penulis menyusun berdasarkan tinjauan teoritis yaitu melakukan SP atau Strategi pelaksanaan. Terdapat 2 SP dalam diagnosa Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah, 4 SP dalam diagnosa Defisit perawatan diri dan 4 SP dalam diagnosa Koping Individu Tidak Efektif.

Keberhasilan dalam proses perencanaan dilaksanakan dengan adanya factor pendukung dalam melakukan proses tersebut, yaitu :

- a. Terciptanya hubungan saling percaya percaya antara klien dan penulis, sehingga perencanaan dapat dilakukan dengan baik dan di setujui oleh klien.
- b. Tersedianya sumber daya yang dapat menunjang dalam penyusunan studi kasus sehingga membantu penulis dalam melakukan tindakan perencanaan.
- c. Adanya pihak yang membantu dalam melakukan perencanaan, seperti pihak klinik dan perawat yang memberikan kesempatan pada penulis untuk melakukan studi kasus, sehingga memudahkan dalam proses perencanaan.

4. Implementasi

Pada pembahasan ini di uraikan tentang hasil pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis dalam studi kasus ini sesuai dengan perencanaan yang telah disusun. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai dengan keadaan klien saat ini sesuai dengan teori, pada saat akan melaksanakan tindakan perawatan membuat kontrak/janji terlebih dahulu dengan klien yang isisnya menjelaskan apa yang dikerjakan dan peran serta yang diharapkan klien.

Kemudian dokumentasi semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien, namun tindakan menggunakan tujuan umum dan tujuan khusus. Implementasi pada klien dalam studi kasus ini dengan Gangguan Konsep Diri: Harga diri Rendah adalah menggunakan strategi pelaksanaan sesuai kriteria keperawatan. Pada tanggal 25 April 2024 dilakukan SP 1 pasien yaitu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki, membantu klien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu klien memilih menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal kegiatan pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian. SP 2 pasien yaitu melatih pasien melakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuannya.

Kemudian untuk masalah Defisit perawatan diri dilakukan SP 1 yaitu mendiskusikan pentingnya kebersihan diri, cara merawat diri dan melatih klien tentang cara perawatan kebersihan diri. Pada SP 2 melatih klien cara menyisir rambut, pada SP 3 melatih klien makan secara mandiri dengan benar dan SP 4 mengajarkan klien BAB/BAK secara mandiri dengan benar.

Dan untuk masalah Koping Individu Tidak efektif dilakukan SP 1 yaitu menganjurkan klien untuk mengungkapkan perasaannya, pada SP 2 mendiskusikan klien tentang pemahamannya terhadap kejadian saat ini, SP 3 bantu klien mengidentifikasi kemampuannya dan membantu

berinteraksi dengan orang lain, dan SP 3 bantu klien dalam menghindari masalah dengan koping adaptif.

Klinik jiwa memiliki serangkaian kegiatan yang terstruktur untuk membantu pasien dalam proses pemulihan baik secara fisik, psikologis, maupun sosial. Tujuan umum dari seluruh kegiatan adalah membantu pasien mencapai kondisi stabil, mengurangi gejala gangguan jiwa serta meningkatkan kemampuan pasien dalam merawat diri dan bersosialisasi. Adapun kegiatan rutin bisa dilakukan di Klinik rehabilitasi mental Nur Illahi, setiap pagi perawat memeriksa tanda – tanda vital pasien (tekanan darah, suhu, nadi, dan pernapasan) dan melakukan aktivitas fisik yaitu senam aerobik dan senam yoga. Setiap hari Kamis dan Jumat diadakan pengajian dan kegiatan seni seperti belajar marawis. Selain itu juga salah satu kegiatan yang sangat menarik dan bermanfaat adalah melakukan games dan terapi aktivitas kelompok (TAK) yang dapat membantu mengurangi stress dan kejenuhan selama dirawat, melatih komunikasi dan interaksi sosial, dan meningkatkan percaya diri.

5. Evaluasi

Pada tahap evaluasi ini bisa dilihat dari hasil tindakan dengan tujuan dan kriteria hasil, apakah masalah dalam studi kasus ini dapat diatasi atau tidak. Tetapi pada kenyataannya masalah pada studi kasus ini yang dihadapi oleh klien dapat teratasi. Dimana pada tahap proses pengkajian hari pertama dan sebelum dilakukan tindakan klien tegang

saat berinteraks dengan perawat dan menunduk, tidak ada kontak mata, nada suara rendah dan klien berbohong pada saat menyampaikan informasi kepada penulis.

Evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 hari adalah klien mampu membina hubungan saling percaya menunjukkan ekspresi yang bersahabat, kontak mata klien baik saat diajak berbicara tidak terlalu banyak menunduk, klien mampu menilai aspek positif yang ada dalam dirinya dengan mampu melakukan kegiatan yang sudah dilatih sesuai kemampuan yang masih dimilikinya, klien juga mampu membuat jadwal kegiatan harian dan sudah mampu melakukannya secara mandiri.

Klien juga sudah melakukan kebersihan diri dengan cara mandi dan berdanda, makan Mandiri, BAB dan BAK mandiri. Serta klien mampu mengungkapkan perasaannya, klien mampu mengetahui tentang pemahamannya tentang masalah yang dihadapi, klien mengetahui kemampuan yang dimilikinya dan mampu berinteraksi dengan orang lain, serta klien mampu menghindari masalah dengan mekanisme koping adaptif. Evaluasi merupakan tahap akhir dalam asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana tindakan yang telah dilakukan untuj mengatasi suatu masalah dengan hasil yang tercapai atau tidak (Ali, 2017)

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. T dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Akibat Gangguan Afektif Bipolar di Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assani Samarang Garut mulai dari tanggal 21 April - 03 Mei 2025 dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn. T dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Akibat Gangguan Afektif Bipolar di Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assani Samarang Garut
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. T dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Akibat Gangguan Afektif Bipolar di Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assani Samarang Garut
3. Penulis mampu menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah- masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada Tn. T Konsep Diri: Harga Diri Rendah Akibat Gangguan Afektif Bipolar di Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assani Samarang Garut
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan pada Tn. T dengan Konsep Diri: Harga Diri Rendah akibat Gangguan Afektif Bipolar di Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assani Samarang Garut dari SP 1 sampai SP II.

5. Penulis mampu melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn. T dengan gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Akibat Gangguan Afektif Bipolar di Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assani Samarang Garut
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. T dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Akibat Gangguan Afektif Bipolar di Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assani Samarang Garut.

B. Rekomendasi

1. Untuk perawat
Diharapkan dapat terus melakukan asuhan keperawatan yang optimal pada pasien jiwa, khususnya klien dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah akibat bipolar untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa pada pasien lainnya.
2. Untuk institusi Pendidikan
Studi kasus dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian lebih lanjut tentang perawatan pada klien dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah akibat bipolar
3. Untuk mahasiswa
Untuk mahasiswa selanjutnya mampu melaksanakan asuhan keperawatan jiwa sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan, dan juga bisa mempertahankan SPTK (Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan) dengan memberikan terapi modalitas dan psikofarmaka

pada klien dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah akibat Bipolar yang telah berhasil dilakukan oleh penulis terhadap Tn. T dengan menggunakan SP 1 pasien yaitu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki, membantu klien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu klien memilih menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal kegiatan pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian. SP 2 pasien yaitu: melatih pasien melakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ah, Y., Rizky, F. P. K., & Hanik, E. N. (2016). Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa. *Jakarta: Salemba Medika*
- Behrend, D. (2022). National Alliance on Mental Illness
- Damaiyanti, I. (2016). Asuhan Keperawatan Jiwa (Cetakan kedua ed.). *Bandung: PT Refika Adimata*.
- Herdman, K. A., Calarco, N., Moscovitch, M., Hirshhorn, M., & Rosenbaum, R. S. (2015). Impoverished descriptions of familiar routes in three cases of hippocampal/medial temporal lobe amnesia. *Cortex*, 71, 248-263
- Indonesia, P. P. N. (2016). Standar diagnosis keperawatan Indonesia. *Jakarta: Ppni*.
- Kerner, B. (2021). Genetics of bipolar disorder. *The application of clinical genetics*, 33-42.
- Marbun, A., Pardede, J. A., & Perkasa, S. I. (2019). Efektivitas terapi hipnotis lima jari terhadap kecemasan ibu pre partum di klinik chelsea husada tanjung beringin kabupaten serdang bedagai. *Jurnal Keperawatan Priority*, 2(2), 92-99.
- Mintz, J., Helleman, G., Frye, M. A., McElroy, S. L., ... & Post, R. M. (2015). Mixed depression in bipolar disorder: prevalence rate and clinical correlates during naturalistic follow-up in the Stanley Bipolar Network. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 1015-1023.
- Nanda, S., Rana, R., Zheng, Y., Kozinski, J. A., & Dalai, A. K. (2017). Insights on pathways for hydrogen generation from ethanol. *Sustainable Energy & Fuels*, 1(6), 1232-1245
- Purwasih, R., & Susilowati, Y. (2016). Penatalaksanaan Pasien Gangguan Jiwa Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Di Ruang Gathotkoko Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Semarang. *Jurnal Profesi Keperawatan (JPK)*, 3(2).
- Rathbun-Grubb, S. (2019). The lived experience of work and career among individuals with bipolar disorder. *The International Journal of Information, Diversity, & Inclusion*, 3(4), 20-44.
- Samosir, H. A. (2017). 10-15 Persen Nyawa Pengidap Bipolar Habis di Tangan Sendiri. *CNN Indonesia*. Diakses dari URL.
- Smith, K., (2022). Comorbid medical illness in bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 205(6), 465-472.
- Sutria, E. (2020). Intervensi perawat defisit perawatan diri pada pasien skizofrenia: Tinjauan sistematis. *Jurnal Praktik Keperawatan*, 3 (2), 244-25

- Yosep Iyus, Sutini Titin, 2016, *Buku Ajar Keperawatan Jiwa Dan Advance Mental Health Nursing*, Bandung: Refika Aditama
- Yudhantara, D. S., Istiqomah, R., Putri, W. D. D. W., Ulya, Z., & Putri, F. R (2022). *Gangguan Bipolar: Buku Ajar untuk Mahasiswa Kedokteran*. Universitas Brawijaya Press.
- Zahra, RF, & Sutejo, S. (2019). Hubungan dukungan instrumental dengan beban pada anggota keluarga skizofrenia di Poliklinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY. *Peduli: Jurnal Keperawatan*, 8 (1), 09-14

LAMPIRAN

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK)

PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI

RENDAH

Nama : Tn. T

Hari / Tanggal : 21 April 2025

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

A. Proses Keperawatan

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi klien

DS:

- Klien mengatakan tidak menyukai bagian tubuhnya terutama pada bagian wajah karena jelek dan berkulit hitam sehingga klien tidak percaya diri

DO:

- Pembicaraan klien tampak lambat
- Volume suara rendah
- Klien tampak tegak dan gelisah
- Klien tampak tidak menyukai bagian tubuhnya terutama pada wajah karena jelek dan berkulit hitam

b. Diagnosa keperawatan

Gangguan konsep diri : harga diri rendah

c. Tujuan keperawatan

- 1) Pasien dapat membina hubungan saling percaya
- 2) Dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif
- 3) Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan
- 4) Pasien dapat menetapkan atau memilih kegiatan sesuai dengan kemampuannya
- 5) Memilih kegiatan yang sudah dipilih sesuai dengan kemampuannya
- 6) Merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya

d. Tindakan Keperawatan

- 1) Bina hubungan saling percaya (ucapkan salam, berkenalan, mengungkapkan perasaan dan keluhan saat ini, kontrak waktu)
- 2) Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki
- 3) Nilai kemampuan yang dapat digunakan saat ini
- 4) Bantu pasien memilih kemampuan yang akan dilatih
- 5) Latih kemampuan yang dipilih
- 6) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien

B. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

A. SP 1

a. Fase Orientasi

“Assalamualaikum, bagaimana keadaan bapak hari ini? Bapak terlihat segar”

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah bapak lakukan? Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat bapak lakukan di klinik. Setelah kita nilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih” “dimana kita duduk? Bagaimana kalau diruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?”

b. Fase Kerja

“Bapak, apa saja kemampuan yang bapak miliki?”

“Bagus, apa lagi? Saya buat kan daftarnya ya!. Apa pula kegiatan di klinik yang bapak lakukan? Bagaimana dengan menyapu? Merapihkan kamar? Mencuci piring? dan lainnya “wah bagus sekali ada lima kemampuan dan kegiatan yang bapak miliki”

“bapak dari 5 kegiatan 1 kemampuan ini yang mana yang masih dapat di kerjakan di klinik? Coba kita lihat, yang pertama bisakah, yang ke 2 sampai ke 5 (misalnya ada 3 yang bisa dilakukan). Bagus sekali ada 3 kegiatan yang masih bisa dikerjakan di klinik ini. ”

“Sekarang coba bapak pilih salah satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan di klinik saat ini “oo... yang nomor 1, menyapu ruangan depan? kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita latih menyapu ruangan yang depan saja”

“Mari kita lihat ruangan depan apakah sudah bersih?”

“Nah kalau kita mau menyapu ruangan depan, yang pertama yang harus bapak lakukan yaitu membawa sapu nya, kemudian bapak rapihkan barang barang yang ada diruangan depan seperti kursi dan meja nya, kemudian bapak mulai menyapu dengan mudah dan bersih”

“bapak sudah bisa menyapu sekalian merapihkan ruangan depan dengan baik sekali, coba perhatikan. Bedakan dengan sebelum dirapihkkan? bagus! ”

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

c. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap dan latihan menyapu ruangan depan? ya, bapak ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan di klinik saat ini. Salah satunya menyapu dan merapihkan ruangan depan yang sudah bapak lakukan dengan baik sekali. Nah kemampuan ini dapat dilakukan dirumah setelah pulang”

“Sekarang mari kita masukan pada jadwal harian bapak. Mau berapa kali sehari menyapu ruangan depan?. Bagus 1 kali yaitu pagi jam 09.00 ya.”

“Besok kita akan latihan lagi kemampuan yang kedua. Bapak masih ingat kegiatan apalagi yang mampu dilakukan di klinik selain menyapu? ya, bagus! Bernyanyi judul lagu baru... kalau begitu kita akan latihan bernyanyi besok jam 8 pagi di ruangan ini sehabis makan pagi. Sampai jumpa...”

B. SP 2

a. Fase Orientasi

“Assalamualaikum, sesuai janji saya jam 08.00 sekarang saya datang lagi" "Bagaimana perasaan bapak saat ini?"

"Seperti yang sudah kemarin saya beritahu sekarang kita berbincang-bincang seputar kebersihan diri ya dan bernyanyi "

"Mau berapa lama kita berbincang- bincang? 15 menit ya? Mau dimana? Baik disini saja ya”

b. Fase Kerja

“Kita belajar nyanyi sekarang yu, waah bapak bagus sekali suaranya... Setelah itu kita berbincang-bincang tentang perawatan diri yaa...” “Kira-kira berapa kali bapak mandi dalam sehari? Apakah bapak sudah mandi hari ini? Sudah dikeramas? Menurut bapak apa kegunaan mandi? Apa alasan bapak tidak bisa merawat diri? Kira-kira tanda-tanda orang yang tidak merawat diri dengan baik seperti

apa? Kalau kita tidak teratur menjaga kebersihan diri masalah apa menurut bapak yang bisa muncul? "Sekarang coba sebutkan cara melakukan perawatan diri saat mandi. Bagus ya bapak sudah mengetahui cara-cara melakukan perawatan diri saat mandi"

"Apa yang bapak lakukan setelah selesai mandi? Apa bapak sudah ganti baju? Berganti pakaian yang bersih 2x/hari. Apa alasannya bapak tidak mau mengganti baju? Oke tadi bapak juga sudah tau ya apabila tidak melakukan perawatan diri dengan baik kuman-kuman akan menempel di badan kita sehingga menyebabkan timbulnya penyakit kulit dan lain-lain."

c. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang mengenai kebersihan diri? Sekarang coba bapak ulangi apa pentingnya kebersihan diri?"

"Iya bagus sekali ya bapak sudah tau. Mari kita masukkan ke dalam jadwal aktivitas harian bapak ya. Baik besok kita bertemu lagi untuk melanjutkan yang belajar bernyanyi"."Mau jam berapa? Baik, 10 pagi ya. Sampai jumpa pak ."

LAMPIRAN DOKUMENTASI





RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama	: Annisa Septiana Ayu Pertiwi
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat, tanggal lahir	: Garut, 30 September 2004
Agama	: Islam
Status	: Pelajar
Alamat	: Kp.Pasir salam Rt/Rw 01/04 Desa.Haruman Kec.Leles Kab.Garut
Motto	: “Aku membahayakan nyawa ibuku untuk lahir ke dunia, jadi tidak mungkin aku tidak ada artinya”

B. Riwayat Pendidikan

- | | |
|------------------------------|---------------------|
| 1. SDN 2 HARUMAN | : Tahun 2010 – 2016 |
| 2. SMPN 1 LELES | : Tahun 2016 – 2019 |
| 3. SMAN 2 GARUT | : Tahun 2019 – 2022 |
| 4. STIKes Karsa Husada Garut | : Tahun 2022 - 2025 |

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Annisa Septiana Ayu Pertiwi

NIM : KHGA22059

Pembimbing : Wahyudin, S.Kp.,M.Kes

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.T DENGAN GANGGUAN
KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH KRONIS AKIBAT GANGGUAN
APEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI
ASSANIE SAMARANG GARUT

No	Tanggal	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	Sabtu, 31 Mei 2025	ACC judul	Wahyudin, S.KP.,M.Kes	Annisa Septiana A.P
2.	Senin, 09 Juni 2025	BAB I 1. Revisi table 2. Penambahan latar belakang	Wahyudin, S.KP.,M.Kes	Annisa Septiana A.P
3.	Rabu, 11 Juni 2025	ACC BAB I Revisi Typo BAB II	Wahyudin, S.KP.,M.Kes	Annisa Septiana A.P
4.	Jum'at, 13 Juni 2025	ACC BAB II Revisi BAB III	Wahyudin, S.KP.,M.Kes	Annisa Septiana A.P

5.	Selasa, 17 Juni 2025	ACC BAB III ACC BAB IV	Wahyudin, S.KP.,M.Kes	Annisa Septiana A.P
6.	Jum'at, 27 Juni 2025	ACC sidang Lanjutkan membuat PPT	Wahyudin, S.KP.,M.Kes	Annisa Septiana A.P
7.	Senin, 30 Juni 2025	ACC PPT Lanjut sidang!	Wahyudin, S.KP.,M.Kes	Annisa Septiana A.P
8.			Wahyudin, S.KP.,M.Kes	Annisa Septiana A.P