

BAB II

DASAR TEORI

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Resiko bunuh diri adalah perilaku individu melukai diri baik yang secara langsung dan disengaja untuk mengakhiri hidup (Herdman, 2012). Bunuh diri menjadi bagian dari 20 penyebab utama kematian di dunia untuk semua umur dan kurang lebih satu juta orang meninggal karena bunuh diri setiap tahunnya (Schwartz, 2013).

2. Etiologi

a. Faktor Predisposisi

Lima faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku destruktif-diri sepanjang siklus kehidupan individu adalah sebagai berikut :

1) Diagnosis Psikiatrik

Statistik menunjukkan bahwa kurang lebih 90% orang dewasa yang memutuskan untuk mengakhiri hidup mereka dengan melakukan bunuh diri memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya. Ada 3 gangguan jiwa yang dapat menyebabkan seorang individu menjadi berisiko untuk berupaya bunuh diri diantaranya gangguan afektif, penyalahgunaan zat serta skizofrenia.

2) Sifat Kepribadian

Tiga tipe kepribadian individu yang memiliki kaitan erat dengan perilaku bunuh diri adalah antipati, impulsif, dan depresi.

3) Lingkungan Psikososial

Faktor predisposisi terjadinya perilaku bunuh diri, diantaranya adalah pengalaman kehilangan orang atau benda berharga, kehilangan dukungan sosial, pengalaman negatif selama hidup, penyakit kritis, perpisahan, hingga perceraian. Kuatnya dukungan sosial sangatlah penting dalam terciptanya intervensi keperawatan yang terapeutik, penyebab masalah dan respons individu dalam menghadapi masalah tersebut dan lain-lain.

4) Riwayat Keluarga

Riwayat keluarga terdahulu pernah melakukan percobaan bunuh diri merupakan salah satu faktor penting yang dapat menyebabkan seseorang melakukan tindakan bunuh diri.

5) Faktor Biokimia

Data menunjukkan pada klien dengan resiko bunuh diri terjadi peningkatan zat-zat kimia yang terdapat di dalam otak seperti serotonin, adrenalin dan dopamine. Peningkatan zat tersebut dapat dilihat melalui rekaman gelombang otak Electro Encephalo Graph (EEG).

b. Faktor Presipitasi

Perilaku destruktif diri dapat diakibatkan oleh stress berlebihan yang dirasakan oleh individu. Pencetusnya sering kali berupa pengalaman hidup yang memalukan. Faktor lainnya yang dapat menjadi penyebab perilaku destruktif adalah individu tersebut melihat atau membaca berita melalui media cetak maupun elektronik mengenai orang yang

melakukan bunuh diri ataupun percobaan bunuh diri. Pada individu-individu yang sedang labil emosinya, hal yang seperti itu dapat memicu individu tersebut melakukan hal yang sama.

c. Perilaku Koping

Banyak hal yang mempengaruhi perilaku koping diantaranya pasien yang menderita penyakit menahun atau pasien-pasien dengan kondisi klinis berat seringkali berupaya bunuh diri dan tanpa disadari pasien-pasien ini dengan sadar memikirkan upaya bunuh diri. Hal yang menyebabkan pasien beresiko melakukan bunuh diri diantaranya faktor sosial hingga budaya. Kehidupan sosial individu serta struktur sosial dalam masyarakat dapat menjadi pencetus atau sebaliknya dapat mencegah pasien melakukan bunuh diri. Klien yang merasa dirinya terisolasi secara sosial dapat menyebabkan klien merasa sendiri, klien merasa kesepian, hal ini juga dapat menumbuhkan rasa ingin bunuh diri pada klien dan hal ini biasanya jarang terjadi pada pasien yang cenderung aktif dalam kegiatan bermasyarakat biasanya individu tersebut lebih memiliki kemampuan dalam mengelola stress dan pada umumnya dapat mengurangi angka bunuh diri. Aktif dalam kegiatan keagamaan juga cenderung dapat membantu individu menurunkan keinginan untuk melakukan tindakan bunuh diri.

d. Mekanisme Koping

Ada beberapa jenis mekanisme koping adaptif yang keterkaitan dengan upaya klien dalam melakukan bunuh diri, diantaranya: denial, regression dan magical thinking. Semestinya tidak dilakukan

pembatasan pada penggunaan mekanisme koping yang ada, contoh jika ada koping alternatif atau solusi lainnya.

3. Jenis Bunuh Diri

Yosep (2010) menyatakan bunuh diri dan upaya bunuh diri dapat dibagi menjadi beberapa bagian, yaitu:

a. Bunuh diri Egoistik

Pada kasus ini individu cenderung tidak memiliki kemampuan berinteraksi dengan masyarakat. Kebudayaan yang dimiliki oleh individu yang berbeda dari masyarakat sekitar sehingga membuat individu tersebut terlihat tidak memiliki berkepribadian.

b. Bunuh diri altruistik

Individu cenderung berupaya melakukan bunuh diri karena individu merasa dirinya dikenal sebagai yang terbaik dari suatu kelompok, individu merasa tertekan karena ekspektasi yang besar dikelompoknya.

c. Bunuh diri anomik

Adanya gangguan keseimbangan unifikasi diantara masyarakat dan individu yang terlibat, individu tersebut dianggap mengabaikan atau melakukan hal yang bertentangan dengan aturan yang berlaku di masyarakat, seringkali bagi masyarakat individu tersebut dianggap tidak memiliki kaidah sebagai pedoman ataupun tujuan, dan sebaliknya masyarakat dianggap tidak memiliki kemampuan dalam memberikan kepuasan kepada individu karena peraturan dan pengawasan terhadap kebutuhan individu tersebut tidak ada.

4. Psikodinamika bunuh diri

Erat kaitannya antara depresi dengan bunuh diri. Depresi yang dialami individu dapat menyebabkan individu berupaya bunuh diri demi terlepas dari rasa depresi. Namun sebagian besar dari mereka tidak menunjukkan gejala klinis. Helbert Hendin dalam Maramis (2009) mengatakan psikodinamika bunuh diri yaitu :

- a. Kematian merupakan pelepasan pembalasan (*death as retaliatory abandonment*) yang berarti bunuh diri merupakan upaya untuk mengurangi preokupasi.
- b. Kematian sebagai pembunuhan terlintik (*death as retroflected murder*) artinya pada individu yang mengalami gangguan emosi berat sehingga menyebabkan individu tersebut bunuh diri yang diyakini dapat mengganti rasa marah atau kekerasan yang tidak bisa direpresi.
- c. Kematian sebagai penyatuan kembali (*death as reunion*) dalam hal kematian merupakan hal yang membuat bahagia pada individu alasannya karena individu dapat bersama kembali bersama orang yang telah meninggal.
- d. Kematian dianggap menjadi hukuman atas diri (*death as self punishment*) adalah individu menghakimi diri dan memutuskan hukuman yang tepat dengan kematian individu itu sendiri karena individu merasa gagal dalam melakukan pekerjaannya dengan baik, hal ini cenderung jarang dilakukan oleh para wanita, namun adakalanya seorang perempuan merasa tidak mencintai dirinya sendiri, keinginan untuk bunuh diri bisa saja terlintas.

5. Tanda-tanda Bunuh Diri

Solomon dalam Maramis (2004) menyatakan tanda-tanda seseorang yang berpotensi besar melakukan bunuh diri, yaitu :

a. Tanda resiko berat

- 1) Individu memiliki keinginan untuk mati yang serius, adanya ungkapan verbal yang berulang dan terus menerus.
- 2) Individu mengalami depresi menunjukkan tanda klinis memiliki perasaan guilty terhadap orang-orang yang sudah meninggal, merasa putus asa, individu menginginkan hukuman berat, rasa kuatir yang berlebihan , hingga pada gangguan tidur yang berat.
- 3) Terdapat gejala psikosa terutama pada klien dengan psikosa impulsive serta individu merasa curiga berlebihan, ketakutan hingga panik. Kondisi individu akan semakin berbahaya jika mulai mendengar suara yang menyuruh untuk bunuh diri.

b. Tanda-tanda bahaya

- 1) Individu tersebut sudah pernah melakukan percobaan bunuh diri
- 2) Klien dengan penyakit kronis dan klien dengan penyakit terminal beresiko melakukan upaya bunuh diri disebabkan oleh depresi.
- 3) Klien memiliki ketergantungan pada obat-obatan tertentu dan alkohol yang memiliki efek kontrol dan membuat individu lebih berani sehingga memuluskan upaya bunuh diri.
- 4) Hipokondriasis, keluhan fisik dirasakan individu secara terus menerus dan bermacam-macam tanpa tanda klinis yang jelas sehingga individu depresi berat.

- 5) Kebangkrutan, individu yang tidak memiliki teman, pekerjaan ataupun uang, rasa khawatir individu akan masa depan, individu tidak memiliki keluarga, serta individu tidak memiliki kedudukan sosial yang tinggi dalam masyarakat.
- 6) Catatan bunuh diri, seorang individu yang memiliki catatan bunuh diri cenderung akan melakukan bunuh diri.

6. Psikopatologi bunuh diri

Apapun tujuannya perilaku ingin bunuh harus ditanggapi dengan serius. Biasanya orang yang ini melakukan bunuh diri memiliki rencana yang spesifik untuk mati dan cenderung memiliki alasan serta nilai-nilai yang kuat untuk melakukannya. Perilaku bunuh diri dapat dibagi 4 yaitu :

a. Isyarat bunuh diri

Isyarat bunuh diri biasanya tidak disertai ancaman dan percobaan bunuh diri hanya saja pada kondisi ini pasien cenderung sudah memiliki keinginan ataupun ide bunuh diri yang tidak diperlihatkan secara langsung pada orang lain.

b. Ancaman bunuh diri

Adanya ancaman untuk mati dari pasien, pasien sudah aktif memikirkan bunuh diri dan respon kita bisa mempengaruhi sikap pasien.

c. Upaya bunuh diri

Pada kondisi ini klien aktif melakukan upaya bunuh diri, seperti gantung diri, minum racun, menyayat urat nadi, atau menjatuhkan diri dari tempat yang tinggi seperti jembatan atau gedung.

9. Pengobatan

Kasus-kasus klien dengan bunuh diri seyogyanya mendapatkan diperhatikan dengan sungguh-sungguh. Seringkali di rumah sakit, jika kita melakukan pengobatan terhadap luka ataupun keracunan, jika sudah diatasi segera evaluasi kondisi klien. Pada klien dengan depresi dapat diberikan terapi alternatif seperti terapi elektrokonvulsi, obat – obatan psikoterapi dan antidepresan.

10. Prognosa

Beberapa faktor yang memiliki pengaruh terhadap prognosa yaitu:

- 1) Pasien: Jika pasien cenderung dapat beradaptasi terhadap stress dengan baik maka prognosanya dapat kita pastikan lebih baik
- 2) Lingkungan: Jika lingkungan sosial klien dapat memberi support dan peduli dengan klien dan klien merasa banyak hal yang berarti dalam hidup pasien, maka prognosanya akan lebih baik.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Identitas klien meliputi ruangan rawat pasien saat ini, inisial nama pasien, umur, pekerjaan, pendidikan, tanggal rawat, tanggal pengkajian, nomor RM, status dan informasi.

b. Alasan masuk RSJ

Pasien yang mengalami resiko bunuh diri masuk RSJ dengan berbagai alasan, lakukan pengkajian terhadap perasaan pasien, yaitu: rasa putus

asa, tidak berdaya, sedih dan isyarat non verbal dan verbal ide bunuh diri

c. Faktor predisposisi

Pasien dengan resiko bunuh diri biasanya memiliki riwayat pengobatan yang cenderung tidak berhasil, pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan lain sebagainya.

d. Pengkajian Fisik

Melakukan pengkajian yang meliputi TTV pasien, keluhan fisik yang mungkin terjadi seperti lemas, ada tidaknya selera makan, tinggi badan dan berat badan pasien.

e. Psikososial

Gambarkan genogram keluarga klien, lakukan pengkajian pada konsep diri pasien yang terdiri dari citra diri, identitas, peran, idela diri dan harga diri, hubungan sosial dengan orang terdekat/ masyarakat serta kehidupan spiritual. Pada pasien dengan resiko bunuh diri dengan penyebabnya harga diri rendah, pasien akan memperlihatkan konsep diri yang buruk misal perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, merendahkan martabat dengan menyatakan saya tidak bisa/ saya tidak mampu/ saya orang bodoh/ tidak tahu apa –apa, menarik diri, percaya diri kurang, dan mencederai diri akibat harga diri yang rendah disertai harapan suram dan akhirnya klien ingin mengakhiri kehidupannya.

f. Status mental

Kaji penampilan pasien, gaya bicara, aktivitas motorik, alam perasa, afek, interaksi selama wawancara, persepsi, proses pikir, isi pikir, tingkat kesadaran diri. Pada pasien dengan resiko bunuh diri mungkin akan tampak penampilan tidak rapi, gaya bicara lambat, aktivitas motorik lesu, alam perasaan sedih dan putus asa, interaksi selama wawancara kurang dan lebih banyak membisu.

g. Kebutuhan persiapan pulang

Perlu dikaji kesiapan pasien pulang mencakupi kebutuhan istirahat tidur, pemeliharaan kesehatan, obat-obatan, aktivitas dalam rumah dan luar rumah, dan lain-lain.

h. Mekanisme koping

Koping maladaptif yang cenderung dimiliki pasien yaitu dengan berusaha mencederai diri atau orang lain.

i. Masalah psikososial dan lingkungan

Pengkajian masalah pasien yang mencakup pelayanan kesehatan, pendidikan, dukungan kelompok lingkungan, ekonomi dan perumahan. Hal ini penting dilakukan karena pasien cenderung tidak memiliki kemampuan dalam berinteraksi dengan lingkungannya.

j. Kurang pengetahuan tentang penyakit jiwa/ faktor presipitasi/ koping penyakit fisik/ obat-obatan..

k. Aspek medik

Berisi diagnosa medik serta terapi medik yang didapatkan oleh pasien.

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan resiko bunuh diri adalah :

1) Resiko bunuh diri

DO: Pernyataan tidak ada gunanya hidup, ingin mati saja

DS: Ada ide bunuh diri, isyarat bunuh diri dan pernah melakukan upaya-upaya bunuh diri.

2) Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

DS: Mengatakan ingin membuat orang lain cedera atau dirinya sendiri cedera, mengatakan hal-hal yang mengancam

DO: Memperlihatkan tanda-tanda permusuhan, menyerang orang-orang

3) Harga diri

DS: Mengatakan tidak bahagia, putus asa, tidak memiliki harapan, merasa malu dan tidak berguna

DO: Pasien tampak gelisah, sedih, cemas, tidak dapat mengontrol diri

Pohon Masalah

Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. (*Effect*)



Resiko Bunuh Diri (*Core Problem*)



Harga diri rendah (*Causa*)

2. Diagnosa Keperawatan

a. Risiko bunuh diri

3. Intervensi

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku	<p>Kontrol Diri (L.09076)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x pertemuan klien bisa mengontrol diri dengan kriteria hasil:</p> <p>Verbalisasi keinginan bunuh diri (5)</p> <p>Verbalisasi isyarat bunuh diri (5)</p> <p>Verbalisasi ancaman bunuh diri (5)</p> <p>Verbalisasi rencana bunuh diri (5)</p> <p>Keterangan: 1: Meningkatkan 2: Cukup meningkat 3: Sedang 4: Cukup menurun 5: Menurun</p>	<p>Pencegahan Bunuh Diri (I.145338)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi gejala resiko bunuh diri (mis. Gangguan mood, halusinasi, delusi, panik, penyalahgunaan zat, kesedihan, gangguan kepribadian). 1.2 Identifikasi keinginan dan pikiran rencana bunuh diri. 1.3 Monitor lingkungan bebas bahaya secara rutin (mis. barang pribadi, pisau cukur, jendela) 1.4 Monitor adanya perubahan mood atau perilaku <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Libatkan dalam perencanaan perawatan mandiri 1.6 Libatkan keluarga dalam perencanaan perawatan 1.7 Lakukan pendekatan secara langsung dan tidak menghakimi saat membahas bunuh diri 1.8 Berikan lingkungan dengan pengamanan ketat dan mudah dipantau (mis. tempat tidur dekat ruang perawat) 1.9 Tingkatkan pengawasan pada kondisi tertentu (mis. rapat staf, pergantian shift) 1.10 Lakukan intervensi perlindungan (mis. pembatasan area, pengekangan fisik, jika diperlukan) 1.11 Hindari diskusi berulang tentang bunuh diri sebelumnya, diskusi berorientasi pada masa sekarang dan masa depan 1.12 Diskusikan rencana menghadapi ide bunuh diri dimasa depan (mis. orang yang dihubungi, di mana mencari bantuan) 1.13 Pastikan obat ditelan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.14 Anjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami kepada orang lain 1.15 Anjurkan menggunakan sumber pendukung (mis. layanan spiritual, penyedia layanan) 1.16 Jelaskan tindakan pencegahan bunuh diri kepada keluarga atau orang terdekat 1.17 Informasikan sumber daya masyarakat dan program yang tersedia

		1.18 Latihan pencegahan resiko bunuh diri (mis. latihan asertif, relaksasi guided imagery) Kolaborasi 1.19 Kolaborasi pemberian obat antiansietas atau antipsikotik
--	--	--

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

C. Terapi Relaksasi Guided Imagery

1. Definisi *guided imagery*

Guided imagery merupakan suatu cara terapi yang menggunakan imajinasi seseorang dengan mengarahkan imajinasi individu tersebut untuk mengurangi stress (Patricia dalam Kalsum, 2012). Snyder & Lindquist (2002) menyatakan bimbingan imajinasi terarah sebagai intervensi pada pemikiran hingga tubuh manusia, hal ini dapat dilakukan dengan memanfaatkan kekuatan dari imajinasi klien itu sendiri guna kenyamanan secara emosional, fisik dan spiritual. *Guided imagery* dikategorikan dalam terapi *mind-body medicine* oleh Bedford (2012) dengan melakukan kombinasi antara meditasi pikiran sebagai *cross-modal adaptation* dan imajinasi terbimbing. Dalam tahap relaksasi, imajinasi merupakan representasi dari mental klien. Konsepnya imajinasi itu sendiri dapat dilakukan dengan berbagai indera antara lain indera, pendengaran, penglihatan, raba maupun pengecap.

Bimbingan imajinasi yang terarah merupakan cara yang cukup kuat untuk membuat klien fokus dan berimajinasi yang pada prosesnya menjadi salah satu terapi terapeutik (Bonadies, 2009). Watanabe *et al* (2006) menyatakan meningkatkan mood positif dan menurunkan mood negatif individu setelah dilakukan imajinasi terbimbing, dan hal ini juga

mempengaruhi penurunan level kortisol yang diukur menggunakan saliva *test* pada klien.

Guided imagery adalah suatu teknik yang pada prosesnya melibatkan semua indra yang menggunakan kekuatan pikiran klien dengan memanfaatkan fungsi tubuh sehingga dapat membuat tubuh menjadi rileks yaitu dengan komunikasi yang diarahkan sehingga menimbulkan efek dalam tubuh (Potter & Perry, 2005). Terapi *guided imagery* adalah suatu teknik relaksasi dengan berkhayal atau melakukan imajinasi terhadap tempat dan kejadian sehingga menimbulkan sensasi rasa relaksasi yang menyenangkan (Kaplan & Sadock, 2010). Teknik *guided imagery* diperuntukkan agar klien dapat mengelola coping dengan cara berkhayal atau membayangkan sesuatu yang menyenangkan, dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya seperti meminta klien untuk perlahan-lahan menutup matanya dan mengatur nafas, klien diberikan dorongan untuk relaksasi dengan mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran yang kosong tersebut dengan imajinasi-imajinasi yang membuat klien merasa damai dan tenang (Smeltzer & Bare, 2014).

2. Teknik *guided imagery*

Macam-macam teknik *guided imagery* berdasarkan pada penggunaannya terdapat beberapa macam teknik, yaitu (Grocke & Moe, 2015):

a. *Guided walking imagery*

Teknik relaksasi ini tercetus pertama kali oleh seorang psikoleuner.

Saat melakukan teknik relaksasi pasien diminta untuk memvisualkan pemandangan pada umumnya seperti kebun, rerumputan, perbukitan, dan pantai.

b. *Autogenic abstraction*

Dalam teknik relaksasi ini, pasien diminta untuk memilih perilaku yang tidak pantas dalam pikiran pasien, dan kemudian pasien diminta untuk menunjukkan perilaku yang tidak pantas di dan tidak ada batasan. Jika berhasil, biasanya ada perubahan pada ekspresi wajah dan emosi pasien.

c. *Covert sensitization*

Teknik relaksasi ini didasarkan pada model penguatan, yang berarti bahwa proses visualisasi dapat diubah berdasarkan prinsip yang sama dengan memodifikasi perilaku.

d. *Covert behaviour rehearsal*

Teknik relaksasi ini mengajak pasien untuk membayangkan perilaku koping positif yang dia inginkan. Teknik ini biasanya lebih banyak digunakan diantara terapis.

3. Langkah-langkah *guided imagery*

Teknik relaksasi visual terbimbing biasanya dimulai dengan proses relaksasi umum, dimana pasien diminta untuk perlahan menutup matanya dan mengatur pernapasannya, setelah itu pasien didorong untuk rileks dengan lega. membayangkan hal-hal yang mungkin

membuat pasien merasa damai dan tenang dalam pikiran klien (Rahmayati, 2010 dalam Patasik et al., 2013). Kozier & Erb (2009) dalam Novarenta (2013) menyatakan bahwa ada beberapa langkah untuk membuat gambar panduan, yaitu:

a. Persiapan

Mencari lingkungan yang nyaman dan tenang, sebaiknya lingkungan ini bebas dari hal-hal yang bisa membuat fokus klien teralihkan. Lingkungan yang bebas dari distraksi sangat diperlukan oleh pasien untuk memfokuskan imajinasi yang oleh klien. Pasien diharapkan dapat berpikir secara rasional. Pasien diharapkan berpartisipasi aktif dalam latihan imajinasi dan harus memahami apa yang harus dilakukan agar pada saat evaluasi kondisi pasien sesuai dengan apa yang diharapkan. Konselor memberikan kebebasan pada pasien mencari posisi yang paling nyaman.

b. Menimbulkan relaksasi

Panggilan klien dengan nama panggilan yang disukai oleh klien. Berbicaralah dengan intonasi dan artikulasi yang jelas. Anjurkan pasien untuk menarik nafas dalam dan perlahan untuk relaksasi. Anjurkan klien untuk mengimajinasikan hal-hal yang menyenangkan. Bantulah klien memberikan penjelasan dari imajinasinya. Doronglah klien untuk menggunakan semua inderanya dalam menjelaskan imajinasi yang dipikirkannya dan lingkungan dari imajinasi tersebut.

c. Minta pasien untuk menggambarkan perasaan pasien, baik fisik maupun emosional, yang ditimbulkan oleh imajinasi pasien. Minta klien untuk mengeksplorasi reaksi terhadap imajinasi, karena ini akan memungkinkan mereka untuk memodifikasi imajinasi mereka. Jika ada komentar negatif, tunjukkan hal lain jika memungkinkan untuk hasil akhir yang lebih positif. Terus berikan umpan balik pelanggan dengan mengomentari tanda-tanda relaksasi. Kemudian keluarkan pelanggan dari imajinasi. Diskusikanlah perasaan klien mengenai pengalamannya berimajinasi terbimbing, identifikasilah hal-hal yang dapat meningkatkan pengalaman imajinasi serta motivasi klien untuk mempraktikkan teknik ini secara mandiri.

4. Indikasi *guided imagery*

Dossey, et al (dalam Potter & Perry, 2009) Teknik relaksasi *guided imagery* dapat diaplikasikan pada pasien menderita kanker dan dapat menghancurkan sel kanker, dapat dilakukan untuk mengontrol dan mengurangi rasa nyeri, serta untuk lebih relaks.. *Guided imagery* juga membantu dalam pengobatan: seperti asma, hipertensi, gangguan fungsi kandung kemih, sindrom pre menstruasi, dan menstruasi. selain itu relaksasi Guided Imagery juga digunakan untuk mengurangi nyeri yang diakibatkan luka bakar, sakit kepala dengan gejala migrain hingga nyeri pasca operasi.

Indikasi dari terapi relaksasi Guided *Imagery* adalah pasien-pasien yang memiliki pikiran negatif atau pikiran menyimpang dan

mengganggu perilaku (maladaptif). Misalnya: *over generalization*, stress, cemas, depresi, nyeri, hipokondria, dan lain-lain.

5. Tujuan *guided imagery*

Tujuan dari terapi relaksasi *guided imagery* adalah (Mehmet, 2010):

- a. Menjaga kesehatan dengan mencapai keadaan relaksasi dilakukan dengan cara berkomunikasi dalam tubuh termasuk semua indera (penglihatan, sentuhan, penciuman, dan pendengaran) untuk membentuk keseimbangan, keseimbangan antara pikiran, tubuh dan jiwa.
- b. Membantu tubuh dalam mempercepat proses penyembuhan dan mengurangi aneka macam penyakit di tubuh, misalnya alergi, depresi dan asma.
- c. Dapat menurunkan stres berlebih, *causa stress*, serta tanda dan gejala klinis menyertai stres.
- d. Memahami pasien dengan pengalaman depresi.

6. Manfaat *guided imagery*

Guide Imagery memiliki elemen yang mirip dengan elemen relaksasi lainnya pada umumnya, mengarahkan klien pada relaksasi. Tujuan dari teknik pencitraan terpandu ini adalah untuk menginduksi respons psikoaktif yang kuat terhadap perubahan fungsi kekebalan. (Potter & Perry, 2009 dalam Novarenta, 2013). Manfaat *guided imagery* antara lain intervensi perilaku untuk mengatasi kecemasan, stres, dan rasa sakit (Smeltzer & Bare, 2002 dalam Novarenta, 2013). Penggunaan *guided imagery* tidak dapat memusatkan perhatian pada lebih dari satu

hal dalam satu waktu, sehingga klien diinstruksikan untuk hanya membayangkan imajinasi yang menarik. Brannon & Freist, 2000 dalam Novarenta, 2013).

Penerapan terapi relaksasi *guided imagery* memiliki banyak manfaat: mengurangi rasa sakit, kecemasan, efek samping, gula darah, stres, sakit kepala, dan gangguan pernapasan.

7. Mekanisme kerja *guided imagery*

Mekanisme kerja terapi relaksasi *guided imagery* belum diketahui secara pasti tetapi ada teori yang menyatakan bahwa relaksasi dan imajinasi yang positif dapat menekan psikoneuroimmunologi yang mempengaruhi respon stres. Respon stress dipicu ketika situasi atau peristiwa (nyata atau tidak) mengancam fisik atau kesejahteraan emosional atau tuntutan dari sebuah situasi melebihi kemampuan seseorang, sehingga dengan imajinasi diharapkan dapat merubah situasi stres dari respon negatif yaitu ketakutan dan kecemasan menjadi gambaran positif yaitu penyembuhan dan kesejahteraan (Dossey, 1995 dalam Snyder, 2007). Respon emosional terhadap situasi, memicu sistem limbik dan perubahan sinyal fisiologis pada sistem saraf perifer dan otonom yang mengakibatkan melawan stres (Snyder, 2007). Mekanisme imajinasi positif dapat melemahkan psikoneuroimmunologi yang mempengaruhi respon stress (Hart, 2008).