

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PADA
KLIEN RESIKO BUNUH DIRI DENGAN INTERVENSI
INOVASI *GUIDED IMAGERY* TERHADAP GEJALA RESIKO
BUNUH DIRI DI RUANG PUNAI RSJDATMAHUSADA
SAMARINDA TAHUN 2017**



DISUSUN OLEH:
FATIMAH., S.Kep
NIM. 1611308250309

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH SAMARINDA
TAHUN 2017

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN
RESIKO BUNUH DIRI DENGAN INTERVENSI INOVASI *GUIDED
IMAGERY* TERHADAP GEJALA RESIKO BUNUH DIRI DI RUANG
PUNAI RSJD ATMAHUSADA SAMARINDA TAHUN 2017**

Fatimah¹, Dwi Rahmah Fitriani²

INTISARI

Risiko Bunuh diri adalah tindakan agresif yang merusak diri sendiri dan dapat mengakhiri kehidupan. Perilaku bunuh diri yang tampak pada seseorang disebabkan karena stress yang tinggi dan kegagalan mekanisme koping yang digunakan dalam mengatasi masalah. Bunuh diri adalah suatu upaya yang disadari dan bertujuan untuk mengakhiri kehidupan, individu secara sadar berhasrat dan berupaya untuk mewujudkan hasratnya untuk mati. Perilaku bunuh diri ini meliputi isyarat-isyarat, percobaan atau ancaman verbal, yang akan mengakibatkan kematian, luka, atau menyakiti diri sendiri. Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk menganalisis intervensi *guided imagery* terhadap gejala risiko bunuh diri untuk mencegah perilaku bunuh diri di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Hasil analisa menunjukkan pencapaian tindakan *guided imagery* dapat merubah pikiran negative dan tindakan harus dilakukan oleh petugas perawat atau tenaga kesehatan lainnya terhadap pemberian *guided imagery*.

kata kunci: Risiko Bunuh Diri, *Guided Imagery*, Perubahan Pikiran Negative.

¹ Mahasiswa Program Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Samarinda

² Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

ANALYSIS NURSING CLINICAL PRACTICE OF CLIENT SUICIDE RISK WITH INTERVENTION OF INNOVATION *GUIDED IMAGERY* TOWARDS SUICIDE SYMPTOMS IN PUNAI ROOM RSJD ATMA HUSADA SAMARINDA YEAR 2017

Fatimah¹Dwi Rahmah Fitriani²

ABSTRAK

Risk Suicide is an act of aggressive self-defeating and can end life. Suicidal behavior that looks at a person due to the high stress and failure coping mechanisms used to tackle the problem. Suicide is a conscious effort and aims to put an end to life, people consciously desire and strive to realize his desire to die. Suicidal behavior include gestures, trial or verbal threats, which could result in death, injury, or self-harm work Ilmia End of nurses aims to analyze the intervention *guided imagery* against the symptoms of suicide risk in order to prevent suicidal behavior in Space punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. The analysis shows the achievement of action *guided imagery* can change negative thoughts and actions must be carried out by a nurse or other health workers on the provision of *guided imagery*.

keywords: Risk of Suicide, *Guided Imagery*, Negative Mind Change.

¹ Student nurses Professional Program STIKESMuhammadiyahSamarinda

² Lecturer STIKESMuhammadiyahSamarinda

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan dimana seseorang yang terbebas dari gangguan jiwa, dan memiliki sikap positif untuk menggambarkan tentang kedewasaan serta kepribadiannya. Menurut data WHO pada tahun 2012 angka penderita gangguan jiwa mengkhawatirkan secara global, sekitar 450 juta orang yang menderita gangguan mental. Orang yang mengalami gangguan jiwa sepertiganya tinggal di negara berkembang, sebanyak 8 dari 10 penderita gangguan mental itu tidak mendapatkan perawatan. (Kemenkes RI, 2012). Meskipun penderita gangguan jiwa belum bisa disembuhkan 100%, tetapi para penderita gangguan jiwa memiliki hak untuk sembuh dan diperlakukan secara manusiawi. UU RI No. 18 Tahun 2014 Bab I Pasal 3 Tentang Kesehatan Jiwa telah dijelaskan bahwa upaya kesehatan jiwa bertujuan menjamin setiap orang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa (Kemenkes, 2014).

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia DEPKES RI (2012), gangguan jiwa saat ini telah menjadi masalah kesehatan global bagi setiap negara tidak hanya di Indonesia saja. Gangguan jiwa yang dimaksud tidak hanya gangguan jiwa psikotik/ skizofrenia saja tetapi kecemasan,

depresi dan penggunaan Narkoba Psikotropika dan Zat adiktif lainnya (NAPZA) juga menjadi masalah gangguan jiwa.

Gangguan jiwa terdiri dari berbagai masalah dengan gejala yang berbeda, mereka umumnya ditandai oleh beberapa kombinasi dari pikiran yang tidak normal, emosi, perilaku dan hubungan dengan orang lain. Contoh gangguan jiwa seperti skizofrenia, depresi, retardasi mental dan gangguan akibat penyalahgunaan narkoba sebagai isu yang perlu mendapatkan perhatian dari dunia (WHO, 2012). Salah satu Negara tertinggi di dunia yang memiliki angka kejadian gangguan jiwa yang relative tinggi adalah Indonesia. Di Indonesia mengalami peningkatan jumlah penderita gangguan jiwa cukup banyak diperkirakan prevalensi gangguan jiwa berat dengan psikosis/skizofrenia di Indonesia pada tahun 2013 adalah 1. 728 orang. Adapun proporsi rumah tangga yang pernah memasung ART gangguan jiwa berat sebesar 1.655 rumah tangga dari 14,3% terbanyak tinggal di pedesaan, sedangkan yang tinggal diperkotaan sebanyak 10,7%. Selain itu prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur lebih dari 15 tahun di Indonesia secara nasional adalah 6.0% (37. 728 orang dari subjek yang dianalisis). Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah (11, 6%), Sedangkan yang terendah dilampung (1,2 %). (Riset Kesehatan Dasar, 2013).

Berdasarkan data yang diperoleh penelitian melalui survey awal penelitian di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda berdasarkan data jumlah pasien gangguan jiwa pada November 2015 Desember 2016 tercatat

sebanyak 246 pasien, dan enam bulan terakhir Mei 2016- Desember 2016 yang mengalami resiko bunuh diri berjumlah 57 orang.

Depresi adalah gangguan alam perasaan (mood) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup. (Hawari, 2001, hal.19). dan menurut (DSM-IV-TR,2000 dalam Videbeck, 2008, HAL.388) Depresi adalah suatu mood sedih (disforia) yang berlangsung lebih dari empat minggu, yang disertai perilaku seperti perubahan tidur, gangguan konsentrasi, iritabilitas, sangat cemas, kurang bersemangat, sering menangis, waspada berlebihan, pesimis, merasa tidak berharga, dan mengantisipasi kegagalan, dan bila hal ini di biarkan terus menerus akan beresiko terjadinya bunuh diri.

Resiko bunuh diri adalah resiko untuk mencederai diri sendiri yang dapat mengancam kehidupan. Bunuh diri merupakan kedaruratan psikiatri karena merupakan perilaku untuk mengakhiri kehidupannya. Perilaku bunuh diri disebabkan karena stress yang tinggi dan berkepanjangan dimana individu gagal dalam melakukan mekanisme koping yang digunakan dalam mengatasi masalah. Beberapa alasan individu mengakhiri kehidupan adalah kegagalan untuk beradaptasi, sehingga tidak dapat menghadapi stress, perasaan terisolasi, dapat terjadi karena kehilangan hubungan interpersonal/ gagal melakukan hubungan yang berarti, perasaan marah/ bermusuhan, bunuh diri dapat merupakan hukuman pada diri sendiri, cara untuk mengakhiri keputusan (Stuart, 2006).

Mencederai diri adalah tindakan agresif yang merusak diri sendiri dan dapat mengakhiri kehidupan. Bunuh diri mungkin merupakan keputusan

terakhir dari individu untuk memecahkan masalah yang dihadapi (Captain, 2008). Salah satu upaya yang bisa dilakukan untuk menurunkan tanda gejala resiko bunuh diri dan menurunkan kemampuan bunuh diri adalah dengan beberapa inovasi tindakan keperawatan, salah satunya adalah teknik imajinasi terbimbing (*Guided Imagery*).

Salah satu teknik relaksasi yang digunakan untuk mengatasi kecemasan/ depresi pada pasien adalah dengan *Guided Imagery*, karena teknik relaksasi merupakan tindakan untuk mengalihkan perhatian dan mengurangi rasa cemas/ depresi yang dialami pasien. *Guided Imagery* merupakan suatu teknik yang menggunakan imajinasi individu dengan imajinasi terarah untuk mengurangi stress/ depresi (Patricia dalam Kalsum 2012).

Guided imagery adalah metode relaksasi untuk mengkhayalkan tempat dan kejadian berhubungan dengan rasa relaksasi yang menyenangkan. Khayalan tersebut memungkinkan klien memasuki keadaan atau pengalaman relaksasi (Kaplan & Sadock, 2010). *Guided imagery* menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu (Smeltzer & Bare, 2002). Imajinasi bersifat individu dimana individu menciptakan gambaran mental dirinya sendiri, atau bersifat terbimbing. Banyak teknik imajinasi melibatkan imajinasi visual tapi teknik ini juga menggunakan indera pendengaran, pengecap dan penciuman (Potter & Perry, 2009). *Guided imagery* mempunyai elemen yang secara umum sama dengan relaksasi, yaitu sama-sama membawa klien kearah relaksasi. *Guided imagery* menekankan bahwa klien membayangkan hal-hal yang nyaman dan

menenangkan. Penggunaan *guided imagery* tidak dapat memusatkan perhatian pada banyak hal dalam satu waktu oleh karena itu klien harus membayangkan satu imajinasi yang sangat kuat dan menyenangkan (Brannon & Feist, 2000).

Menurut penelitian Kalsum (2012) menunjukkan bahwa teknik *guided imagery* dapat menurunkan tingkat kecemasan pada klien dengan insomnia usia 20-25. Setelah dilakukan teknik *guided imagery* diperoleh 81% subjek penelitian mengalami penurunan tingkat kecemasan/depresi dan 19% subjek penelitian tingkat depresi tetap. Berdasarkan hasil uji statistik maka teknik *guided imagery* dapat digunakan sebagai salah satu metode alternatif untuk menurunkan tingkat kecemasan/ depresi.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Muhammad Imam Hanafi (2015) juga mengatakan bahwa terdapat pengaruh pemberian *guided imagery* terhadap tingkat kecemasan pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.

Berdasarkan fenomena diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang *guided imagery* pada klien resiko bunuh diri . Tindakan ini dapat diterapkan oleh perawat dalam memberikan perawatan pada klien resiko bunuh diri dengan salah satu tanda dan gejalanya bunuh diri.. Adapun judul Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah Intervensi Inovasi *guided imagery* terhadap gejala bunuh diri Pada Klien Risiko bunuh diri Di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda Tahun 2017.

B. Perumusan Masalah

Rumusan masalah pada KIAN ini adalah " Bagaimanakah gambaran analisa pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien resiko bunuh diri dengan Intervensi Inovasi *Guided Imagery* terhadap Gejala resiko bunuh diri Di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda Tahun 2017?".

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisis keperawatan jiwa terhadap kasus kelolaan dengan klien Risiko Bunuh Diri dengan tindakan Keefektifan inovasi *Guided Imagery* di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda Tahun 2017.

2. Tujuan khusus penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners adalah

- a. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa keperawatan resiko bunuh diri.
- b. Menganalisis intervensi tindakan *guided imagery* yang diterapkan secara kontinyu pada klien kasus kelolaan dengan diagnosa resiko bunuh diri.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat mendukung dan memfasilitasi kegiatan *Guided Imagery* ini pada saat klien di ruangan

2. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi bagi teman sejawat dalam menjalankan praktik keperawatan terutama pada saat melakukan asuhan keperawatan terhadap klien dengan gangguan jiwa.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Menambah bahan bacaan bagi mahasiswa dan memberikan tambahan acuan bagi mahasiswa yang pada akhirnya nanti akan melakukan penelitian yang sama atau menyerupai dengan penelitian ini.

4. Peneliti

Meningkatkan kemampuan penulis dalam melakukan analisa pengaruh pemberian *Guided Imagery* terhadap penurunan bunuh diri pada klien risiko bunuh diri serta menambah pengetahuan penulis dalam pembuatan karya ilmiah akhir ners.

BAB IV

ANALISA SITUASI

A. Profil RSJD ATMA Husada Mahakam Samarinda

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) merupakan salah satu Rumah Sakit tipe A yang meraih predikat kelulusan Akreditasi versi 2012 tingkat Paripurna yang dinilai oleh tim KARS Kemenkes RI pada bulan Agustus 2016, karena RSJD AHM ini telah memenuhi standar pelayanan yang meliputi : Administrasi dan manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan, rekam medis, farmasi, K3 dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit.

Saat ini RSJD AHM dipimpin oleh dr.Hj. Padilah Mante Runa, M.Si sebagai Direktornya dengan Visi “ Menjadikan Rumah Sakit Rujukan Pelayanan Kesehatan Jiwa se Kalimantan Timur Tahun 2018” dan misi “ Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Jiwa yang prima serta Meningkatkan Kemudahan Akses Pelayanan Kesehatan Jiwa”.

Adapun sejarah Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) didirikan pada tahun 1993 diatas tanah seluas 20.157 M² yang dibiayai oleh kesultanan Kutai dan merupakan Rumah Keperawatan Sakit Jiwa. Pada awalnya RSJP didirikan bersama dengan Rumah Sakit Umum yang ditetapkan ketua Bestwer College Samarinda. Tanggal 20 April 1949 No. 558/IH-9-Fed, masalah pembiayaan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Jiwa Samarinda diserahkan oleh kesultanan Kutai dan Kerajaan di

Kalimantan Timur.

Sejalan dengan pelaksanaan otonomi Daerah UPTD, Rumah Sakit Jiwa Pusat Samarinda dilimpahkan kepada pemerintah Daerah sesuai surat Menkes No. 1732/Menkes-Kesos/XII/2000 tentang pengalihan UPTD keperintahan Kabupaten/kota dan surat revisi Depkes No. 196/Menkes-sos/III/2001, tanggal 7 Maret 2001 tentang revisi penataan UPTD kepada pemerintah provinsi, pengoperasian Rumah Sakit Jiwa Samarinda dalam tahun 2001 dibawah pemerintah kota Samarinda.

Selanjutnya kedudukan Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) ditetapkan berdasarkan surat keputusan Gubernur Kaltim No. 16 Tahun 2001 tanggal 24 Desember 2001, tentang pembentukan organisasi dan tata kerja unit pelaksanaan teknis pada dinas-dinas provinsi Kalimantan Timur.

Pada tahun 2005 untuk menghilangkan stigma di masyarakat. Rumah Sakit Jiwa Samarinda merubah nama menjadi Rumah Sakit Atma Husada Mahakam dengan surat keputusan Gubernur No. 03 tahun 2005 tanggal 17 Januari tahun 2005. Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) bertujuan untuk memberi pelayanan kesehatan jiwa bagi seluruh masyarakat Kaltim yang tersebar di 4 kotamadya dan 10 Kabupaten.

Adapun layanan unggulan yang diberikan rumah sakit ini adalah klinik berhenti merokok, klinik hipnoterapi, pelayanan rehabilitasi, penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA dan terapi gangguan tidur. Selain itu rumah sakit memberikan beberapa jenis pelayanan seperti pelayanan rawat inap psikiatri, pelayanan rawat jalan psikiatri, pelayanan

rawat inap dan rawat jalan psikologi, pelayanan gawat darurat psikiatri dan pelayanan NAPZA.

Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda menyediakan fasilitas rawat inap menjadi beberapa ruang kelas perawatan yaitu Ruang Pergam (kelas 1 pria), Ruang Tiung (kelas II pria), Ruang Enggang (kelas 1 dan 2 wanita), Ruang Elang (kelas III pria), ruang Gelatik (kelas III pria). Ruang punai (kelas III wanita dan Ruang Belibis (kelas III pria).

Ruang IGD merupakan garda terdepan dalam mengatasi kegawatdaruratan psikiatri. Penanganan yang tepat diawal dapat mempercepat proses penyembuhan klien yang mengalami gangguan jiwa. Observasi klien pertama masuk juga dilakukan di ruang ini dalam 3x24 jam sebelum dipindahkan ke ruang perawatan inap atau bisa juga langsung dipulangkan tanpa rawat inap sesuai dengan hasil observasi dan keadaan klien.

B. Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Penelitian Terkait

Pengkajian yang dilakukan pada Ibu. N.A penulis menggunakan metode wawancara, observasi serta catatan rekam medis. Diagnosa medis adalah Depresi berat gejala psikotik+percobaan bunuh diri yang merupakan suatu upaya yang disadari dan bertujuan untuk mengakhiri kehidupan, individu secara sadar berhasrat dan berupaya melaksanakan hasratnya untuk mati. Perilaku bunuh diri ini meliputi isyarat-isyarat, percobaan atau ancaman verbal, yang akan mengakibatkan kematian, luka atau menyakiti diri sendiri (Menurut Clinton, 1995 dalam Yosep, 2010).

Alasan masuk Ibu. N.A adalah adanya percobaan bunuh diri, data yang menunjukkan penulis menegakkan diagnosa keperawatan resiko bunuh diri yaitu data subjektif klien mengatakan sudah capek hidup. Klien pernah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya setiap hari dengan cara minum racun (baygon). Sedangkan data objektif klien adalah seorang ibu rumah tangga, klien terlihat lebih banyak diam, dan menyendiri terdapat bekas percobaan bunuh diri.

Resiko bunuh diri adalah resiko untuk mencederai diri sendiri yang dapat mengancam kehidupan. Bunuh diri merupakan kedaruratan psikiatri karena merupakan perilaku untuk mengakhiri kehidupannya. Perilaku bunuh diri disebabkan karena stress yang tinggi dan berkepanjangan dimana individu gagal dalam melakukan mekanisme koping yang digunakan dalam mengatasi masalah (Stuart, 2006).

Manifestasi klinis dari resiko bunuh diri adalah Mempunyai ide untuk bunuh diri, Mengungkapkan keinginan untuk mati, Mengungkapkan rasa bersalah dan keputusasaan, Impulsif., Menunjukkan perilaku yang mencurigakan (biasanya menjadi sangat patuh), Memiliki riwayat percobaan bunuh diri, Verbal terselubung (berbicara tentang kematian, menanyakan tentang obat dosis mematikan), Status emosional (harapan, penolakan, cemas meningkat, panic, marah dan mengasingkan diri), Kesehatan mental (secara klinis, klien terlihat sebagai orang yang depresi, psikosis dan menyalahgunakan alcohol), Kesehatan fisik (biasanya pada klien dengan penyakit kronis atau terminal), Penganguaran (tidak bekerja, kehilangan

pekerjaan, atau mengalami kegagalan dalam karier), Umur 15-19 tahun atau di atas 45 tahun, Status perkawinan (mengalami kegagalan dalam perkawinan), Pekerjaan, Konflik interpersonal, Latar belakang keluarga, Orientasi seksual, Sumber-sumber personal, Sumber-sumber social, Menjadi korban perilaku kekerasan saat kecil (Fitria, Nita 2009).

Salah satu penatalaksanaan utama penurunan keinginan bunuh diri pada klien resiko bunuh diri selain farmakologi adalah pendekatan dengan *Guided Imagery*. Hal ini sejalan dengan analisis kasus Jou Luis Alves dan Katharine Kolcaba (2009). Yang mengatakan bahwa *guided imagery* terbukti efektif dalam meningkatkan kenyamanan pasien dan mengurangi gejala ketika mereka memiliki gangguan depresi. *Guided Imagery* sangat berpengaruh untuk membangun rasa penerimaan diri (*self acceptance*) sehingga klien tidak merasa depresi lagi dan menyesali nasibnya. Bahkan sebaliknya klien akan mampu mengekspresikan perasaannya kepada kehidupan dan kesehatan mental yang lebih baik. Tingkat keinginan bunuh diri menurun setelah dilakukan pendekatan *guided imagery*.

Menurut nanda-I (2015) faktor-faktor resiko bunuh diri adalah:

1. Perilaku

Membeli senjata, mengubah surat warisan, memberikan harta milik/ kepemilikan, riwayat upaya bunuh diri sebelumnya, impulsif, membuat surat warisan, perubahan sikap yang nyata, perubahan perilaku yang nyata, perubahan performa/ kinerja disekolah secara nyata, membeli obat dalam jumlah banyak, pemulihan euforik yang tiba-tiba dari depresi mayor

2. Demografik

Usia (misal, lansia, pria dewasa muda, remaja), perceraian, jenis kelamin, ras (misal, orang kulit putih, suku asli amerika), janda/ duda

3. Fisik

Nyeri kronik, penyakit fisik, penyakit terminal

4. Psikologis

Penganiayaan masa kanak-kanak, riwayat bunuh diri dalam keluarga, rasa bersalah, remaja homoseksual, gangguan psikiatrik, penyakit psikiatrik, penyalahgunaan zat.

5. Situasional

Akses pada senjata, institusionalisasi, kehilangan autonomi, kehilangan kemandirian, ketidakstabilan ekonomi, pensiun, relokasi, remaja yang tinggal di tatanan non-tradisional (mis., pusat rehabilitasi anak, penjara, rumah singgah, rumah grup/kelompok), tinggal sendiri

6. Social

Berduka, bunuh diri massal/berkelompok, gangguan kehidupan keluarga, isolasi sosial, kehilangan hubungan yang penting, kesepian, kurang dukungan sosial, masalah disiplin, masalah hukum, putus asa, tidak berdaya.

7. Verbal

Menyatakan keinginan bunuh diri dan mengancam bunuh diri

Tujuan rencana tindakan yang dilakukan pada masalah keperawatan resiko bunuh diri yaitu klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengekspresikan perasaannya, klien dapat meningkatkan harga dirinya, klien menggunakan dukungan sosial, menjawab salam, kontak mata, menerima kehadiran perawat, berjabat tangan, menceritakan penderitaan secara terbuka dan konstruktif dengan orang lain, mengenang dan meninjau kembali kehidupan secara positif, mempertimbangkan nilai-nilai dan arti kehidupan, mengekspresikan perasaan-perasaan yang optimis tentang yang ada, menetapkan tujuan-tujuan yang realistis dan keyakinan makin meningkat.

Adapun intervensi yang dilakukan antara lain perkenalkan diri dan melindungi klien dari percobaan bunuh diri, dengarkan keluhan dan melindungi klien dari isyarat bunuh diri, kaji kemampuan klien untuk hal-hal yang positif, mengajarkan pola koping dan ajarkan untuk mengantisipasi pengalaman yang disenangi untuk dilakukan tiap hari dan tindakan pendekatan *guided imagery*.

Dalam mengatasi masalah resiko bunuh diri, penulis menggunakan intervensi dengan manajemen non farmakologi menggunakan strategi pelaksana pasien (SP P) ditambah dengan tindakan *guided imagery*.

Tindakan *guided imagery* mengacu kepada konsep relaksasi dan imajinasi positif melemahkan sistem neuroimmunologi yang mempengaruhi respon stress/ depresi. Respon stress dipicu ketika situasi atau peristiwa (nyata atau tidak) mengancam fisik atau kesejahteraan emosional atau tuntunan dari sebuah situasi melebihi kemampuan seseorang, sehingga

dengan imajinasi diharapkan dapat merubah situasi stress dari respon negatif yaitu ketakutan dan kecemasan menjadi gambaran positif yaitu penyembuhan dan kesejahteraan. Respon emosional terhadap situasi, memicu sistem limbik dan perubahan sinyal fisiologi pada sistem saraf perifer dan otonom yang mengakibatkan melawan stres dan depresi. Mekanisme imajinasi positif dapat melemahkan psikoneuroimmunologi yang mempengaruhi respon stress. Tujuan dari menerapkan *guided imagery* ialah memelihara kesehatan atau mencapai keadaan rileks melalui komunikasi dalam tubuh melibatkan semua indra (visual, sentuhan, penciuman, penglihatan, dan pendengaran) sehingga terbentuklah keseimbangan antara pikiran, tubuh, dan jiwa. Mempercepat penyembuhan yang efektif dan membantu tubuh mengurangi berbagai macam penyakit seperti depresi, mengurangi tingkat stress, penyebab, dan gejala-gejala yang menyertai stress.

Adapun *guided imagery* ini mempunyai elemen yang secara umum sama dengan relaksasi, yaitu sama-sama membawa klien ke arah relaksasi, manfaat dari *guided imagery* yaitu sebagai intervensi perilaku untuk mengatasi depresi, penggunaan *guided imagery* tidak dapat memusatkan perhatian pada banyak hal dalam satu waktu oleh karena itu klien harus membayangkan satu imajinasi yang sangat kuat dan sangat menyenangkan. Hal ini bertujuan untuk membangkitkan keadaan relaksasi psikologis dan fisiologis untuk meningkatkan perubahan yang menyembuhkan keseluruhan tubuh.

Implementasi pada Ibu. N.A dengan diagnosa keperawatan resiko bunuh diri dilakukan selama tiga hari, tindakan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang disusun. Semua intervensi keperawatan diimplementasikan

oleh penulis karena sesuai dengan kondisi klien.

Evaluasi pada masalah keperawatan resiko bunuh diri dari tindakan yang penulis lakukan dapat disimpulkan pada hari pertama, kedua dan ketiga dari resiko bunuh diri tidak terjadi karena klien mengatakan sudah mulai tenang dan bisa melakukan aktivitas serta bergaul dengan klien yang lain, adanya penurunan keinginan bunuh diri setelah dilakukan tindak *guided imagery* dan klien mengatakan kondisinya sudah semakin membaik, klien kooperatif, nada bicara sudah mulai terkontrol dan kontak mata baik.

C. Analisis salah satu intervensi dengan konsep dan penelitian terkait

Pada rencana intervensi keperawatan penulis melakukan intervensi inovasi untuk mengatasi masalah keperawatan resiko bunuh diri sekaligus mengatasi masalah keinginan bunuh diri pada klien Ibu. N.A intervensi inovasi ini berupa tindakan *guided imagery*. Intervensi ini dilakukan sejak tanggal 04, 05, 06 dan 07 juli 2017, adapun evaluasi sebagai berikut:

Tabel 4.1: Intervensi Inovasi Keperawatan

No.	Hari/Tanggal	Sebelum	Sesudah
1	Selasa, 04/07/17	<p>Subjektif:</p> <p>Klien mengatakan ingin bunuh diri, klien mengatakan sudah melakukan percobaan bunuh diri dengan minum baygon ½ gelas dengan Rufa 1-10</p> <p>Objektif:</p> <p>Klien banyak diam, klien</p>	<p>Subjektif:</p> <p>Klien mengatakan merasa tenang dan sudah mulai bisa mengontrol pikiran dan tidak ada keinginan bunuh diri, dan klien mengatakan sudah mengerti dalam mengontrol pikiran negativ dengan Rufa 21-</p>

		menyendiri, klien tidak mau bergaul dengan orang lain	30 Objektif: Klien ngobrol dengan klien yang lain dan kontak mata baik, klien bisa mengontrol dirinya.
2	Rabu, 05/07/17	Subjektif: Klien mengatakan sudah merasa tenang dan sudah bisa mengontrol pikiran dan tidak ada keinginan bunuh diri dengan Rufa 11-20 Objektif: Kontak mata baik, ekspresi baik dan nada suara jelas	Subjektif: Klien mengatakan saya saat ini baik-baik saja dan bisa bergaul dengan klien yang lain dengan Rufa 21-30 Objektif: Klien tenang, kooperatif dan kontak mata fokus, nada bicara datar, klien dapat mengontrol dirinya
3	Kamis, 06/07/17	Subjektif: Klien mengatakan kondisi saya semakin baik dan tenang serta tidak ada lagi keinginan bunuh diri lagi dengan Rufa 21-30 Objektif: Kontak mata masih fokus dan nada bicara sudah mulai terkontrol	Subjektif: Klien mengatakan saya merasa tenang, dan sudah siap untuk pulang. Klien mengatakan tidak akan memikirkan pikiran yang negatif (bunuh diri) dengan Rufa 21-30 Objektif: Ekspresi wajah tenang, kontak mata masih fokus dan nada bicara sudah datar dan klien

			sese kali tersenyum.
4	Jum'at, 07/07/17	<p>Subjektif:</p> <p>Klien mengatakan kondisi saya semakin baik dan tenang serta tidak ada lagi keinginan bunuh diri lagi dengan Rufa 21-30</p> <p>Objektif:</p> <p>Kontak mata masih fokus dan nada bicara sudah mulai terkontrol</p>	<p>S:</p> <p>Klien mengatakan lebih rileks, tenang dan nyaman</p> <p>Klien mengatakan memiliki teman-teman dan anak-anaknya yang masih sayang pada klien dan ingin berkumpul bersama dengan Rufa 21-30</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tenang • Klien bisa diarahkan • Klien kooperatif

Berdasarkan hasil intervensi inovasi diatas setelah dilakukan *guided imagery* menunjukkan perubahan perilaku. Hal tersebut menjadi indikator klien dapat merubah keinginan bunuh diri dengan masalah resiko bunuh diri.

Hal ini senada dengan penelitian pengaruh *guided imagery* terhadap keinginan bunuh diri yang mengakibatkan dari gejala depresi. Menurut analisis kasus Joa Luis Alves Apostolo dan Katharine Kolcaba (2009) pada pasien gangguan jiwa dirawat inap, hasil kasus menunjukkan setelah dilakukan tindak *guided imagery* terjadi penurunan tingkat depresi.

Menurut Snyder & Lindquist (2002 dalam Darmiko 2014) bahwa terapi ini membimbing imajinasi sebagai intervensi pikiran dan tubuh

manusia menggunakan kekuatan imajinasi untuk mendapatkan *affect* fisik, emosional maupun spiritual. *Guided imagery* dikategorikan dalam terapi *mind-bodymedicine* dengan mengombinasikan bimbingan imajinasi dengan meditasi pikiran sebagai *cross-modal adaptation*. Imajinasi merupakan representasi mental individu dalam tahap relaksasi. Imajinasi dapat dilakukan dengan berbagai indra antara lain visual, auditor, olfaktori maupun taktil. Bimbingan imajinasi merupakan teknik yang kuat untuk dapat fokus dan berimajinasi yang juga merupakan proses teraupetik. Sementara itu hasil penelitian Watanabe et.al (2006) membuktikan hasil penelitiannya yang menyebutkan bahwa bimbingan imajinasi meningkatkan mood positif dan menurunkan mood negatif individu secara signifikan dan level kortisol yang diukur menggunakan saliva *test* juga menunjukkan penurunan yang signifikan.

Guided Imagery menyatakan bahwa relaksasi dan imajinasi positif melemahkan psikoneuroimmunologi yang mempengaruhi respon stres. Respon stres dipicu ketika situasi atau peristiwa (nyata atau tidak) mengancam fisik atau kesejahteraan emosional atau tuntutan dari sebuah situasi melebihi kemampuan seseorang, sehingga dengan imajinasi yang diharapkan dapat merubah situasi stres dari respon negatif yaitu ketakutan dan kecemasan menjadi gambaran positif yaitu penyembuhan dan kesejahteraan (Dossey, 1995 dalam Snyder, 2006).

Respon emosional terhadap situasi, memicu sistem limbik dan perubahan sinyal fisiologis pada sistem saraf perifer dan otonom yang mengakibatkan melawan stres (Snyder, 2006). Mekanisme imajinasi positif

dapat melemahkan psikoneuroimmunologi yang mempengaruhi respon stres, hal ini berkaitan dengan teori *Gate Control* yang menyatakan bahwa “ hanya satu impuls yang dapat berjalan sampai sumsum tulang belakang ke otak pada satu waktu “dan” jika ini terisi dengan pikiran lain maka sensasi rasa sakit tidak dapat dikirim ke otak oleh karena itu rasa sakit berkurang”. *Guided imagery* juga dapat melepaskan endorphen yang melemahkan respon stres dan dapat mengurangi stres atau sakit (Hart, 2008).

Uraian hasil aplikasi dalam kasus di atas memberikan implikasi bahwa *guided imagery* sangat dapat membantu untuk membangun rasa penerimaan diri (*self acceptance*) sehingga klien tidak merasa depresi lagi dan menyesali nasibnya. Bahkan sebaliknya klien akan mampu mengekspresikan perasaannya kepada kehidupan dan kesehatan mental yang lebih baik. *Guided imagery* berperan penting dalam mengekspresikan perasaan dan memberikan kenyamanan bagi klien.

D. Alternative pemecahan yang dapat dilakukan

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien resiko bunuh diri di ruang Punai Atma Husada Mahakam Samarinda ini melibatkan pasien, dan tim kesehatan lain sehingga dapat bekerja sama dalam memberikan asuhan keperawatan secara optimal. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, penulis melakukan tindakan secara mandiri, tindakan kolaborasi dengan dokter dan tim lainnya.

Perawat memiliki peran utama untuk memberikan pelayanan dalam memenuhi kebutuhan fisik, psikologi maupun spiritual. Dengan relaksasi imajinasi terbimbing dapat bermanfaat untuk menurunkan kecemasan,

kontraksi otot dan memfasilitasi tidur. *Guided imagery* adalah proses yang menggunakan kekuatan pikiran dengan mengarahkan tubuh untuk menyembuhkan diri memelihara kesehatan/ relaksasi melalui komunikasi dalam tubuh melibatkan semua indra (visual, sentuhan, pedoman, penglihatan, dan pendengaran). Teknik *guided imagery* digunakan untuk mengelola stress dan coping dengan cara berkhayal atau membayangkan sesuatu. Teknik ini dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya yaitu meminta kepada klien untuk perlahan-lahan menutup matanya dan fokus pada nafas mereka, klien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran dengan bayangan untuk membuat damai dan tenang (Smeltzer & Bare, 2008). Teknik ini sangat bermanfaat untuk mengurangi stress atau depresi.

Menurut (DSM-IV-TR,2000 dalam Videbeck, 2008) Depresi adalah suatu mood sedih (disforia) yang berlangsung lebih dari empat minggu, yang disertai perilaku seperti perubahan tidur, gangguan konsentrasi, iritabilitas, sangat cemas, kurang bersemangat, sering menangis, waspada berlebihan, pesimis, merasa tidak berharga, dan mengantisipasi kegagalan, dan bila hal ini di biarkan terus menerus akan beresiko terjadinya bunuh diri. Depresi adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan sedih dan berduka berlebihan dan berkepanjangan (Purwaningsih, 2009).

Dampak negatif yang diakibatkan depresi yang selalu menyerang adalah mengganggu kesehatan, tidak punya semangat hidup, mudah putus asa, menjadi pesimis, sulit melakukan perubahan yang baik, mudah marah, dan bisa mengakibatkan bunuh diri. Depresi diidentifikasi menjadi empat

tingkat yaitu ringan, sedang, berat dan panik. Setiap individu mempunyai tingkat depresi berbeda, hal ini ditandai dengan perbedaan integritas dan tingkat keadaan yang ada. Semakin tinggi tingkat depresi individu maka akan mempengaruhi kondisi fisik dan psikis. Jika mempengaruhi psikis maka akan menyebabkan gangguan jiwa. Bentuk dari gangguan jiwa tersebut yaitu skizofrenia.

Penatalaksanaan resiko bunuh diri dapat dilakukan dengan kombinasi dari Strategi Pelaksanaan (SP) yang berguna untuk pelaksanaan intervensi keperawatan jiwa yang digunakan sebagai acuan saat berinteraksi atau komunikasi teraupetik pada pasien gangguan jiwa. Strategi Pelaksanaan (SP) melalui tindakan *guided imagery therapy* terbukti efektif dalam menurunkan keinginan bunuh diri dengan hasil penelitian yang ditemukan sehingga perawat dapat mengimplementasikan pada kasus bunuh diri yang bersifat berat sehingga tindakan *guided imagery therapy* menjadi suatu pelengkap yang efektif untuk mengatasi perilaku resiko bunuh diri disamping tindakan lainnya.

Hal-hal yang perlu dipersiapkan untuk mendukung dalam pelaksanaan tindakan *guided imagery therapy* adalah lingkungan yang tenang, kursi dengan memiliki sandaran maupun bisa juga dengan menggunakan bantal sebagai sandarannya dan tetap memberikan obat farmako sesuai jadwal hasil kolaborasi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Kasus kelolaan pada Ibu. N.A dengan diagnosa medis Depresi berat gejala psikotik+percobaan bunuh diri dengan psikosomatik didapatkan sebagai berikut:
 - a. Pengkajian pada Ibu. N.A didapatkan data alasan masuk karena ada percobaan bunuh diri.
 - b. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ibu. N.A adalah resiko bunuh diri b.d riwayat percobaan bunuh diri yang dilakukan.
 - c. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada masalah keperawatan resiko bunuh diri yaitu membina hubungan saling percaya, klien dapat mengekspresikan perasaannya dengan perencanaan bersifat hormat dan bersahabat dan bersikap empati. Intervensi inovasi yang dilakukan adalah SP2 P melalui tindakan *guided imagery*.
 - d. Implementasi pada Ibu. N.A dengan diagnosa keperawatan resiko bunuh diri dilakukan selama tiga hari, tindakan dilakukan sesuai dengan intervensi yang disusun, semua intervensi keperawatan di implementasikan oleh penulis karena sesuai dengan kondisi klien
2. Setelah dilakukan tindakan *guided imagery* menunjukkan bahwa ada terjadi perubahan keinginan bunuh diri dari rentang respon bunuh diri (Maladaptif) menjadi beresiko destruktif perilaku bunuh diri (Adaptif)

hal tersebut menjadi indikator pasien dapat mengontrol keinginan bunuh diri yang dialami dengan masalah resiko bunuh diri.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Dengan hasil analisis ini diharapkan rumah sakit dapat mempertimbangkan dan menjadikan bagian dari penetapan SPO Asuhan Keperawatan tindakan *guided imagery* sebagai salah satu metode perubahan keinginan bunuh diri pada klien resiko bunuh diri.

2. Bagi Perawat

Perawat sebagai *educator* dapat memberikan informasi dan pendidikan kesehatan pada klien dengan resiko bunuh diri berupa metode penurunan keinginan bunuh diri dengan tindakan *guided imagery*

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam proses belajar mengajar dan menjadi referensi tambahan sehingga dapat menerapkan tindakan *guided imagery* dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien resiko bunuh diri

4. Bagi peneliti

Diharapkan dapat memberikan intervensi inovasi lainnya dalam penurunann resiko bunuh diri

DAFTAR PUSTAKA

Damayanti, M dkk (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*, Bandung: Refika Aditama

Data Rekam Medik. (2016). RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Tidak dipublikasikan.

Depdiknas. (2013). *Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentan sistem Pendidikan Nasional*. http://www.jakarta_teachers.com. Tanggal akses 26 Agustus 2015

Dossey, B., (1995). *Rituals of Healing: Using Imagery for Health and Wellness*. New York: Bantam Books

Fiitria, Nita. (2009). *Prinsip Dasar dan dari Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Penatalaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta: Salemba Medika

Fortinash, & Worret, H. (2012). *Psychiatric Mental Health Nursing*. St. Louis : Elsevier

Kalsum, Umi. 2012. *Kualitas Organoleptik dan Kecepatan Meleleh dengan Penambahan Tepung Porang (*Amorphopallus onchopillus*) sebagai Bahan Stabil*. Makassar: Universitas Hassanudin.

Kaplan & Sadock (2010). *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Klinis*. Tangerang: Bina Rupa Asara Publisher.

Keliat, et.al. (2010). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN) Basic Course*. Jakarta: EGC

Krisanty, P., et al.,2009. Asuhan Keperawatan Kegawat Darurat Gangguan Sistem Pencernaan. Dalam: Krisanty, P.,et al. Ed. Asuhan Keperawatan Gawat darurat. Jakarta: CV. Trans Info Media , 103-105

Kusyati Eni. 2006. *Keterampilan dan Prosedur Laboratorium*. Jakarta; EGC

Mahardika. (2013). Pengkajian Kegawatdaruratan Jiwa diakses melalui <http://scribd.com/doc/Pengkajian-baru-RUFA> tanggal 05 Agustus 2016.

Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Penerbit Andi

Stuart, W. G. (2013). *Principles and practices of psychiatric nursing. Stuart Vol 1&2*. Singapore : Elsevier

Videbeck, L. S. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC

Watanabe, E, (2006). *Differences in relaxation by means of guided imagery in a healthy communitysample*. Jakarta: EGC

Yosep, I. (2010). *Buku Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi)*. Bandung: Refika Aditama.