

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus

1. Identitas Klien

Klien bernama Ibu A, usia 23 tahun, status klien sudah menikah, klien memeluk agama Islam, pendidikan terakhir klien yaitu lulus SD, klien dirawat di rumah sakit sejak tanggal 26 Desember 2021 jam 21.00 WITA akan tetapi penulis mulai melakukan pengkajian pada tanggal 30 Desember 2021 di ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda pada pasien Ibu A yang terdiagnosa keperawatan Resiko Bunuh Diri.

2. Alasan Masuk

Pada catatan medis klien tanggal 26 November 2021 dijelaskan alasan klien masuk adalah klien mencoba bunuh diri dengan menggunakan pisau tajam dan klien mengatakan hal yang sama yaitu mencoba bunuh diri dengan menggunakan pisau tajam.

3. Faktor Predisposisi

Klien merupakan klien rawat jalan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda selama 3 bulan, klien pernah mendapatkan kekerasan secara fisik dan seksual pada masa kecil dan remaja serta klien mendapatkan penolakan dan kekerasan dalam keluarga. Didalam keluarga Ibu kandung klien mengalami sakit jiwa adapun gejalanya yaitu mencederai diri sendiri.

4. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

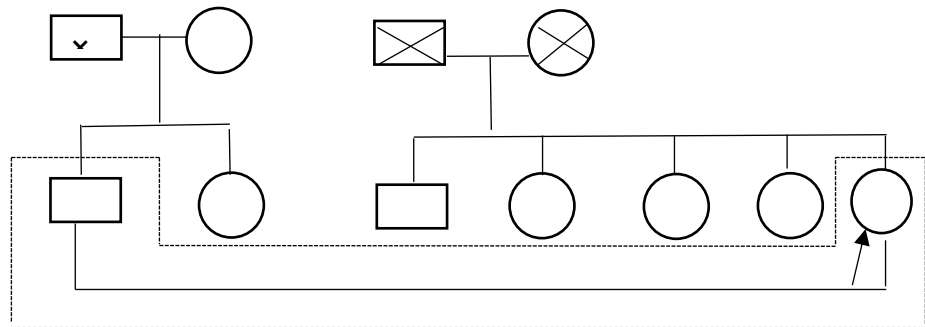
Ibu A mengatakan dia mendapatkan pelecehan seksual dari ayah tiri klien dan ditaruh di panti asuhan oleh kakak kandung klien.

5. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil sebagai berikut: tekanan darah 120/80 mmHg, respirasi 20x permenit, nadi 95x per menit dan suhu 36,5°C, tinggi badan klien 154 cm dan berat badan klien 45 kg. Pada pemeriksaan fisiknya tidak ada keluhan.

6. Psikososial

a. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan:

- Laki-laki : □ :
- Perempuan : ○ :
- Meninggal : ✕ :
- Tinggal bersama : ----- :
- Menikah : T :
- Klien : ↗ :

Klien anak kelima dari lima bersaudara, dan klien saat ini tinggal bersama suaminya.

7. Konsep Diri

Pada saat pengkajian konsep diri, diperoleh hasil gambaran diri klien, klien merasa bersyukur atas raga yang diberikan oleh Allah klien memiliki

tubuh yang sehat, klien mengatakan bahwa klien adalah seorang perempuan, memeluk agama Islam, status klien sudah menikah, klien anak kelima dari lima bersaudara, klien mengatakan dia adalah seorang istri yang mengurus suami dan rumah. Klien mengatakan ingin sembuh secepatnya dan bertamasya dengan suami. Klien mengatakan terkadang klien merasa tidak berguna karena suaminya yang tidak perhatian

8. Hubungan sosial

Klien senang berteman tetapi suami klien melarang klien berteman dengan alasan keagamaan.

9. Spiritual

Klien meyakini dirinya beragama Islam namun klien tidak rajin menunaikan ibadah.

10. Status mental

Selama dirumah sakit ruang punai penampilan klien cukup rapi, klien mandi 2 kali sehari sesekali klien mencuci rambut menggunakan shampo, klien memakai baju rumah sakit, pembicaraan saat dikaji cukup kooperatif, cara berbicara klien ataupun hal yang disampaikan klien sesuai dengan tercatat dicatatan medis klien, kontak mata kurang, aktivitas motorik klien lesu, klien terlihat tidak bersemangat. Proses pikir sesuai tema pembicaraan, klien tidak memiliki fobia ataupun waham, klien mengatakan sedih dan merasa tidak berguna, ekspresi klien tampak datar saat menceritakan pengalaman masa lalu klien, selama wawancara perawat yang harus memulai pembicaraan. Klien mengatakan tidak ada bisikan yang menyuruh klien

bunuh diri, klien melakukannya dengan sadar karena kesal dengan sikap suami.

Klien mengatakan ingin segera sembuh dan cepat pulang, klien ingin segera jalan-jalan dan menjadi diri sendiri. Memori untuk mengingat klien masih baik tidak ada masalah pada ingatan jangka panjang dan jangka pendek, klien mampu mengambil keputusan sederhana saat diberikan pilihan, klien mampu mengutarakan keinginannya dan alasannya dan saat ini klien menyadari saat ini dirinya sedang dirawat di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

11. Kebutuhan persiapan pulang

Pada pengkajian kebutuhan persiapan klien pulang, didapatkan data klien makan 3x per hari, klien makan habis porsi yang disiapkan oleh rumah sakit, tidak ada gangguan pada eliminasi, klien dapat mandi tanpa bantuan, klien tidur kurang lebih 8-12 jam perhari, klien minum obat dengan teratur.

12. Mekanisme koping

Pada pengkajian mekanisme koping, klien mengatakan akan memilih untuk tidur pada saat ada masalah dan melakukan percobaan bunuh diri jika klien merasa kesal dengan sikap suami

13. Masalah psikososial dan lingkungan

Klien mengatakan ingin berbaur dengan lingkungan sekitar ataupun masyarakat sekitar jika suami memberikan izin

14. Aspek medik

Diagnosa medis F.31.5 Bipolar Affective Disorder Current Episode Severe Depression dan klien mendapatkan terapi obat aripipazole 1x1, fluoxetine 1x1olanzapine 1x1

B. Analisa Data, Pohon Masalah dan Masalah Keperawatan

1. Analisa Data

Data	Masalah keperawatan
Data Subyektif: <ul style="list-style-type: none">• Klien mengatakan ingin bunuh diri• Klien mengatakan sudah pernah melakukan percobaan bunuh diri menggunakan pisau (pernyataan klien sesuai dengan yang tercatat di medical record klien tanggal 26 Desember 2012) Data obyektif: <ul style="list-style-type: none">• Ekspresi wajah klien datar• Klien tampak lesu• Kontak mata kurang• RUFA 11-20	Resiko bunuh diri
Data subyektif: <ul style="list-style-type: none">• Klien mengatakan tidak ada yang peduli pada dirinya• Klien mengatakan dirinya tidak berguna Data obyektif: <ul style="list-style-type: none">• Ekspresi wajah klien datar• Kontak mata kurang	Harga diri rendah kronik

Tabel 3.1 Analisa Data

2. Pohon Masalah

Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan (*effect*)



Resiko Bunuh Diri (*core problem*)



Harga Diri Rendah (*causa*)

Gambar 3.2 Pohon Masalah

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku
- b. Harga diri rendah kronis berhubungan dengan terpapar situasi traumatis

C. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku (D.0135)	Kontrol Diri (L.09076) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x pertemuan klien bisa mengontrol diri dengan kriteria hasil: Verbalisasi keinginan bunuh diri (5) Verbalisasi isyarat bunuh diri (5) Verbalisasi ancaman bunuh diri (5) Verbalisasi rencana bunuh diri (5)	Pencegahan Bunuh Diri (I.145338) Observasi: 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 Terapeutik: 1.5 Libatkan dalam perencanaan perawatan mandiri 1.6 Berikan lingkungan dengan pengamanan ketat dan mudah dipantau (mis. tempat tidur dekat ruang perawat) 1.7 Diskusikan rencana menghadapi ide bunuh diri dimasa depan (mis. orang

	<p>Keterangan:</p> <p>1: Meningkatkan</p> <p>2: Cukup meningkat</p> <p>3: Sedang</p> <p>4: Cukup menurun</p> <p>5: Menurun</p>	<p>yang dihubungi, di mana mencari bantuan)</p> <p>1.8 Pastikan obat ditelan</p> <p>Edukasi:</p> <p>1.9 Anjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami kepada orang lain</p> <p>1.10 Anjurkan menggunakan sumber pendukung (mis. layanan spiritual, penyedia layanan)</p> <p>1.11 Jelaskan tindakan pencegahan bunuh diri kepada keluarga atau orang terdekat</p> <p>1.12 Latihan pencegahan resiko bunuh diri (mis. latihan asertif, relaksasi <i>guided imagery</i>)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.13 Kolaborasi pemberian obat antiansietas atau antipsikotik</p> <p>Manajemen Mood (I.09289)</p> <p>Observasi:</p> <p>1.14 Identifikasi mood (mis. tanda, gejala, riwayat penyakit)</p> <p>1.15 Monitor fungsi kognitif (mis. konsentrasi, memori, kemampuan mengambil keputusan)</p> <p>1.16 Monitor aktivitas dan tingkat stimulasi lingkungan</p> <p>Terapeutik</p>
--	---	---

		<p>1.17 Fasilitasi pengisian kuisisioner self report (mis. <i>Beck Depression Inventory</i>, skala status fungsional)</p> <p>1.18 Berikan kesempatan untuk menyampaikan perasaan dengan cara yang tepat (mis. sandbag, terapi seni, aktivitas fisik)</p> <p>1.19 Ajarkan mengenali pemicu gangguan mood</p> <p>1.20 Ajarkan keterlampilan koping</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1.21 Kolaborasi pemberian obat jika perlu</p>
<p>Harga diri rendah kronis berhubungan dengan terpapar situasi traumatis (D.0101)</p>	<p>Harga Diri (L.09069)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x pertemuan klien bisa mengontrol diri dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Kontak mata (5)</p> <p>b. Penilaian diri positif (5)</p> <p>c. Minat mencoba hal baru (5)</p>	<p>Promosi Harga Diri (I.09308)</p> <p>Observasi:</p> <p>2.1 Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri</p> <p>2.2 Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</p> <p>2.3 Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan</p> <p>Terapeutik:</p> <p>2.4 Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri</p> <p>2.5 Motivasi menerima tantangan atau hal baru</p> <p>2.6 Diskusikan pernyataan tentang harga diri</p> <p>2.7 Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri</p>

	<p>d. Gairah aktivitas (5)</p> <p>e. Perilaku asertif (5)</p> <p>Keterangan:</p> <p>1: Menurun</p> <p>2: Cukup menurun</p> <p>3: Sedang</p> <p>4: Cukup meningkat</p> <p>5: Meningkatkan</p>	<p>2.8 Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri</p> <p>2.9 Diskusikan persepsi negatif diri</p> <p>2.10 Diskusikan mengkritik diri sendiri atau rasa bersalah</p> <p>2.11 Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</p> <p>2.12 Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas</p> <p>2.13 Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan</p> <p>2.14 Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri</p> <p>Edukasi:</p> <p>2.15 Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki</p> <p>2.16 Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>2.17 Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif</p> <p>2.18 Anjurkan mengevaluasi perilaku</p> <p>2.19 Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri</p> <p>2.20 Latih pernyataan/kemampuan positif diri</p> <p>2.21 Latih cara berfikir dan berperilaku positif</p> <p>2.22 Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan diri</p>
--	---	---

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan resiko bunuh diri yang dilakukan kepada Ibu A, yaitu:

SP1 : Membina hubungan saling percaya dan mengajarkan cara mengendalikan keinginan bunuh diri dengan teknik berbicara kepada orang terdekat atau kepada perawat di ruangan

SP2 : Mengidentifikasi aspek positif klien dan mendorong klien untuk berpikir positif terhadap dirinya

SP3 : Mengidentifikasi pola dan nilai coping yang biasa diterapkan

SP4 : Membuat rencana masa depan yang realistis bersama klien

A. Intervensi Inovasi *Guided Imagery*

Selain intervensi utama, intervensi inovasi yang dilakukan pada pasien dengan resiko bunuh diri di ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam adalah teknik *Guided Imagery*. Latihan ini dapat mengurangi keinginan bunuh diri pada klien, latihan relaksasi *Guided Imagery* akan dilakukan sebanyak 3 kali selama 3 hari berturut-turut, adapun SOP intervensi inovasi adalah sebagai berikut:

SOP *Guided Imagery*

Pengertian: Teknik relaksasi yang memanfaatkan kemampuan imajinasi individu dengan imajinasi terpandu sehingga membuat klien lebih rileks

Tujuan umum: *Guided imagery* diharapkan dapat menurunkan rasa ingin bunuh diri yang dialami oleh klien dengan resiko bunuh diri

Waktu: Terapi dilakukan selama 15 menit

Persiapan Alat: Kursi atau tempat tidur

Proses pelaksanaan:

a. Tahap Orientasi

1. Perawat membina hubungan saling percaya dengan klien

“Sesuai dengan kontrak kita kemarin, hari ini kita akan latihan terapi relaksasi *Guided Imagery* untuk mencegah keinginan bunuh diri, apakah ibu sudah siap?”

2. Persiapan lingkungan yang nyaman dan tenang

“Kita praktekan di sini ya Bu, silahkan duduk dan ambil posisi yang nyaman.”

3. Perawat menjelaskan prosedur, tujuan, waktu dan peran perawat sebagai konselor

4. Baik, kalau Ibu sudah siap kita mulai ya, saya jelaskan tujuan dari terapi *Guided Imagery* ini adalah untuk mencegah keinginan untuk bunuh diri, nah terapi ini memberikan efek rileks dan lebih tenang kepada Ibu. Kita lakukan terapi ini selama kurang lebih 15 menit ya. Caranya Ibu pejamkan mata Ibu nanti saya pandu Ibu untuk membayangkan hal-hal yang menyenangkan.

5. Berikan privasi pada klien

“Sebelum kita mulai, saya tutup pintu kamar terlebih dahulu”

b. Tahap Kerja

1. Perawat membantu klien mendapatkan posisi nyaman diantaranya posisi bersandar dan perawat meminta klien untuk memejamkan matanya selama prosedur:

“Bagaimana Ibu, apakah posisi yang sekarang sudah nyaman? Baik, kalau begitu silahkan Ibu pejamkan mata dan ambil nafas yang teratur dan hembuskan pelan-pelan.”


2. Minta klien memikirkan hal-hal yang menyenangkan atau pengalaman yang membuat bahagia dengan mata terpejam: “Saya akan memandu Ibu untuk memikirkan hal-hal yang menyenangkan, sebutkan hal apa saja yang membuat Ibu bahagia?” Saat klien memejamkan mata, klien dipandu untuk menjelaskan hal yang dibayangkan, dilakukan bersama siapa, kapan bayangan tersebut dilakukan, dimana bayangan tersebut terjadi seberapa sering terjadi. “Silahkan Ibu bayangkan hal yang menyenangkan tadi. Jelaskan kepada saya apa yang Ibu lakukan? Apa yang Ibu lihat? Apa yang Ibu rasakan? Apa yang Ibu cium? Bagaimana perasaan Ibu saat ini? Bersama siapa Ibu melakukannya? Seberapa sering Ibu melakukannya?”
3. Jika klien menunjukkan sikap gelisah segera hentikan
4. Setelah 15 menit klien dipandu keluar dari imajinasinya: “Ibu waktunya telah selesai silahkan kembali atur nafasnya, tarik nafas dalam, hembuskan pelan-pelan, lalu buka mata kembali”
5. Tahap terminasi


Mengevaluasi respon klien setelah melakukan tindakan: “Bagaimana perasaan klien setelah melakukan relaksasi *Guided Imagery*?”

B. Implementasi Keperawatan


Dokumentasi pelaksanaan keperawatan pada Ibu A adalah sebagai berikut:


3.3 Tabel Implementasi Keperawatan


Tanggal / Jam	No. Diagnosa	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Proses	Nama dan TTD
30-11-2021 12.00	Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku (D.0135)	1.5 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri (BHSP, belajar cara mengendalikan keinginan bunuh diri: sp 1)	Data Subyektif: Klien mengatakan namanya A, usia 23 tahun, masuk rumah sakit karena mencoba bunuh diri, klien mengatakan tidak mendengar suara-suara yang menyuruh untuk bunuh diri, klien mengatakan bersedia untuk mengikuti terapi Data Obyektif: Klien tampak lesu, ekspresi wajah klien datar, kontak mata kurang, klien kooperatif	 Karmila M.P
12.10		1.1 Melakukan identifikasi gejala resiko bunuh diri “Apakah ibu mendengar suara-suara yang menyuruh ibu bunuh diri?”	Data Subyektif: Klien mengatakan tidak mendengar suara-suara yang menyuruh bunuh diri Data Obyektif: Ekspresi wajah klien datar	
12.15		1.2 Mengidentifikasi keinginan bunuh diri “Apakah ada keinginan Ibu untuk bunuh diri?”	Data Subyektif: Klien mengatakan ingin bunuh diri Data Obyektif: Tidak ada bekas luka percobaan bunuh diri Skor SIRS: 2	
12.25		1.3 Memonitor lingkungan bebas bahaya secara rutin: “Apakah Ibu A ada	Data Subyektif: Klien mengatakan tidak menyimpan benda-benda berbahaya	


		menyimpan benda berbahaya?" "Untuk memastikan tidak ada benda-benda berbahaya saya cek dulu ya kamarnya Ibu A ya."	Data Obyektif: Tidak ditemukan benda-benda berbahaya	
12.40		1.4 Memonitor adanya perubahan mood: "Apakah ada rasa ingin marah atau sedih hari ini?"	Data Subyektif: Klien mengatakan perasaan klien biasa saja tidak senang ataupun sedih Data Obyektif: Ekspresi klien datar	
12.45		1.8 Memastikan klien sudah minum obat "Apakah Ibu A sudah minum obat?"	Data Subyektif: Klien mengatakan sudah minum obat Data Obyektif: Klien tampak rileks	
12.50		1.9 Menganjurkan klien mendiskusikan perasaan yang dirasakan kepada orang lain (perawat) "Kalau ada keinginan untuk bunuh diri ibu bisa panggil perawat atau sampaikan kepada teman sekamar."	Data Subyektif: Klien mengatakan akan melakukan seperti yang dianjurkan Data Obyektif: Ekspresi wajah klien datar, kontak mata kurang, klien tampak lesu	
01-12-2021 08.00	Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku (D.0135)	1.5 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri (Mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki klien: sp 2).	Data Subyektif: Klien mengatakan sudah bisa mengendalikan keinginan untuk bunuh diri, klien mengatakan keluarga akan sedih kalau dia meninggal, klien mengatakan selama di rumah sakit klien berteman dengan teman sekamar bernama Mbak G	 Karmila M.P


			dan Mbak S, klien mengatakan meminjamkan jilbab dan mengajarkan kepada Mbak S berhijab. Data Obyektif: Klien bersikap kooperatif, ekspresi wajah datar, SIRS: 1	
08.15		1.1 Memonitor lingkungan bebas bahaya secara rutin “Apakah Ibu A ada menyimpan benda berbahaya?” “Untuk memastikan tidak ada benda-benda berbahaya saya cek dulu ya kamarnya Ibu A”	Data Subyektif: Klien mengatakan tidak menyimpan benda-benda berbahaya Data Obyektif: Tidak ditemukan benda-benda berbahaya	
08.25		1.3 Memonitor adanya perubahan mood “Apakah ada rasa ingin marah atau sedih hari ini?”	Data Subyektif: Klien mengatakan klien biasa saja tidak bahagia ataupun sedih Data Obyektif: Ekspresi klien datar	
08.30		1.4 Memastikan klien sudah minum obat ”Apakah Ibu A sudah minum obat?”	Data Subyektif: Klien mengatakan sudah minum obat Data Obyektif: Klien tampak rileks	
08.40		1.11 Menganjurkan klien mendiskusikan perasaan yang dirasakan kepada orang lain (perawat) “Bagaimana perasaan Ibu setelah Ibu belajar cara memikirkan hal-hal positif yang ibu miliki.”	Data Subyektif Klien mengatakan merasa senang Data Obyektif: Ekspresi wajah klien datar, kontak mata kurang, klien tampak lesu	

10.00		1.5 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri (Mengidentifikasi pola koping: sp 3).	Data subyektif: Klien mengatakan memiliki akun telegram healing_bersamaku yang biasanya klien pakai untuk berbagi keluhan kesah dan kata-kata motivasi Data Obyektif: Klien kooperatif, kontak mata kurang	
02-12-2021 08.15	Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku (D.0135)	1.1 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri (Mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki klien: sp 2).	Data Subyektif: Klien mengatakan sudah bisa mengendalikan keinginan untuk bunuh diri, klien mengatakan dia menenangkan teman sekamar yaitu Mbak S dan Mbak G yang sedang bertengkar Data Obyektif: Klien bersikap kooperatif, ekspresi wajah datar, skor SIRS: 1	 Karmila M.P
08.25		1.3 Memonitor adanya perubahan mood "Apakah ada rasa ingin marah atau sedih hari ini?"	Data Subyektif: Klien mengatakan perasaan klien biasa saja tidak senang ataupun sedih Data Obyektif: Ekspresi klien datar	
08.30		1.4 Memastikan klien sudah minum obat "Apakah Ibu A sudah minum obat?"	Data Subyektif: Klien mengatakan sudah minum obat Data Obyektif: Klien tampak rileks	
10.45		1.5 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri (Mengidentifikasi pola koping: sp 3).	Data subyektif: Klien mengatakan klien biasanya sholat untuk mengusir rasa sedih Data Obyektif: Klien kooperatif, kontak mata	

			kurang, ekspresi wajah datar	
03-12-2021 08.15	Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku (D.0135)	1.5 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri (Mengidentifikasi pola coping: sp 3).	Data subyektif: Klien mengatakan selain sholat klien biasanya menonton drama korea atau menonton <i>YouTube</i> untuk mengusir rasa sedih, klien mengatakan memilih sholat/berdoa untuk mengatasi keinginan bunuh diri	 Karmila M.P
08.30		1.2 Identifikasi keinginan dan pikiran rencana bunuh diri	Data Subyektif: Klien mengatakan sudah bisa mengendalikan keinginan bunuh diri Data Obyektif: Ekspresi wajah klien datar, kontak mata kurang, SIRS:1	
08.35		1.3 Memonitor lingkungan bebas bahaya secara rutin "Apakah Ibu A ada menyimpan benda berbahaya?" "Untuk memastikan tidak ada benda-benda berbahaya saya cek dulu ya kamarnya Ibu A ya."	Data Subyektif: Klien mengatakan tidak menyimpan benda-benda berbahaya Data Obyektif: Tidak ditemukan benda-benda berbahaya	
08.40		1.2 Memonitor adanya perubahan mood "Apakah ada rasa ingin marah atau sedih hari ini?"	Data Subyektif: Klien mengatakan perasaan klien biasa saja tidak senang ataupun sedih Data Obyektif: Ekspresi klien datar	
11.00		1.8 Memastikan klien sudah minum obat "Apakah Ibu A sudah minum obat?"	Data Subyektif: Klien mengatakan sudah minum obat Data Obyektif:	


11.15		1.9 Mengajukan klien mendiskusikan perasaan yang dirasakan kepada orang lain (perawat) "Bagaimana perasaan ibu setelah kita belajar cara menghindari dari pikiran negatif?"	Klien tampak rileks Data Subyektif Klien mengatakan merasa senang Data Obyektif: Ekspresi wajah klien datar, kontak mata kurang, klien tampak lesu	
11.20		1.5 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri (Membuat rencana masa depan: sp4).	Data subyektif: Klien mengatakan ingin pergi bertamasya ke pantai bersama suami setelah sembuh Data Obyektif: Klien kooperatif, klien tampak senang	
04-12-2021 08.05	Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku (D.0135)	1.1 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri (Membuat rencana masa depan: sp 4).	Data subyektif: Klien mengatakan setelah tamasya ke pantai klien ingin berkunjung ke desa suaminya di Sulawesi Data Obyektif: Klien kooperatif, klien tampak senang	 Karmila M.P
08.10		1.4 Memonitor adanya perubahan mood "Apakah ada rasa ingin marah atau sedih hari ini?"	Data Subyektif: Klien mengatakan perasaan klien biasa saja tidak senang ataupun sedih Data Obyektif: Ekspresi klien datar	
08.15		1.2 Memastikan klien sudah minum obat "Apakah Ibu A sudah minum obat?"	Data Subyektif: Klien mengatakan sudah minum obat Data Obyektif: Klien tampak rileks	


10.30		1.9 Menganjurkan klien mendiskusikan perasaan yang dirasakan kepada orang lain (perawat) “Bagaimana perasaan ibu setelah kita belajar cara mengendalikan pikiran negatif?”	Data Subyektif Klien mengatakan merasa biasa aja tidak sedih ataupun tidak bahagia, klien mengatakan tidak ada keinginan untuk bunuh diri Data Obyektif: Ekspresi wajah klien datar, kontak mata kurang, klien tampak lesu	
10.35		1.5 Latihan pencegahan resiko bunuh diri: Intervensi inovasi Guided Imagery	Data Subyektif: Klien mengatakan sudah tenang, klien mengatakan tidak ada keinginan bunuh diri, klien mengatakan sudah bisa mengontrol pikiran negative Data Obyektif: Ekspresi wajah datar, kontak mata kurang, SIRS: 0, klien melakukan imajinasi selama 7 menit (isi imajinasi: klien pergi berwisata ke pantai Manggar bersama suami)	
06-12-2021 08.30	Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku (D.0135)	1.4 Memonitor adanya perubahan mood “Apakah ada rasa ingin marah atau sedih hari ini?”	Data Subyektif: Klien mengatakan tidak menyimpan benda-benda berbahaya Data Obyektif: Tidak ditemukan benda-benda berbahaya	
08.35		1.8 Memastikan klien sudah minum obat “Apakah Ibu A sudah minum obat?”	Data Subyektif: Klien mengatakan sudah minum obat Data Obyektif: Klien tampak rileks	Karmila M.P
08.40		1.12 Latihan pencegahan resiko bunuh diri: Intervensi	Data Subyektif: Klien mengatakan sudah merasa tenang dan sudah bisa mengontrol	


08.50		<p>inovasi Guided Imagery</p> <p>1.9 Mengajukan klien mendiskusikan perasaan yang dirasakan kepada orang lain (perawat) “Bagaimana perasaan ibu setelah kita belajar cara mengendalikan keinginan bunuh diri dengan terapi relaksasi guided imagery?”</p>	<p>pikiran negatif, tidak ada keinginan untuk bunuh diri Data Obyektif: Klien tampak tenang, kontak mata baik, skala SIRS:0, klien melakukan imajinasi 12 menit (isi imajinasi: klien berwisata bersama suami ke kampung halaman suami di Sulawesi)</p> <p>Data Subyektif Klien mengatakan merasa senang, klien mengatakan tidak ada keinginan untuk bunuh diri Data Obyektif: Ekspresi wajah sesuai, kontak mata baik,</p>	
07-12-2021 08.30	Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku (D.0135)	1.4 Memonitor adanya perubahan mood “Apakah ada rasa ingin marah atau sedih hari ini?”	Data Subyektif: Klien mengatakan perasaan klien biasa saja tidak senang ataupun sedih Data Obyektif: Ekspresi klien datar	 Karmila M.P
08.35		1.1 Memastikan klien sudah minum obat ”Apakah Ibu A sudah minum obat?”	Data Subyektif: Klien mengatakan sudah minum obat Data Obyektif: Klien tampak rileks	
08.40		1.12Latihan pencegahan resiko bunuh diri: Intervensi inovasi Guided Imagery	Data Subyektif: Klien mengatakan kondisinya semakin baik klien sudah mengikhlaskan trauma-trauma yang dialaminya dimasa lalu. Obyektif:	


08.45		1.9 Mengajukan klien mendiskusikan perasaan yang dirasakan kepada orang lain (perawat) "Bagaimana perasaan ibu setelah kita belajar cara mengendalikan pikiran negative dengan terapi relaksasi?"	<p>Klien tampak bersemangat, nada suara jelas, kontak mata baik dan fokus, SIRS: 0, klien mampu melakukan imajinasi selama 15 menit (isi imajinasi: klien pulang kampung ke Sebulu menemui saudara klien)</p> <p>Data Subyektif: Klien mengatakan kondisinya semakin membaik</p> <p>Data Obyektif: Klien tampak rileks, kontak mata baik</p>	
-------	--	---	--	--



C. Evaluasi


Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Tanda Tangan
30-11-2021/14.30	Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku (D.0135)	<p>S (Subyektif): Klien mengatakan namanya A, usia 23 tahun, masuk rumah sakit karena mencoba bunuh diri, klien mengatakan tidak mendengar suara-suara yang menyuruh untuk bunuh diri dan tidak ada benda-benda berbahaya didalam kamar klien, klien mengatakan bersedia untuk mengikuti terapi</p> <p>O (Obyektif): Klien tampak lesu, ekspresi wajah klien datar, kontak mata kurang, klien kooperatif, SIRS: 2</p> <p>A (<i>Assessment</i>): Masalah keperawatan dengan resiko bunuh diri belum teratasi dengan kriteria hasil:</p>	 Karmila M.P

		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi keinginan bunuh diri</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi isyarat bunuh diri</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi ancaman bunuh diri</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi rencana bunuh diri</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P (<i>Planning</i>): Pertahankan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri 1.2 Memonitor lingkungan bebas bahaya secara rutin 1.3 Memonitor adanya perubahan mood 1.4 Memastikan klien sudah minum obat 1.5 Menganjurkan klien mendiskusikan perasaan yang dirasakan kepada orang lain (perawat) 1.6 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri <p>Intervensi dilanjutkan perawat ruangan</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Verbalisasi keinginan bunuh diri	1	2	Verbalisasi isyarat bunuh diri	1	2	Verbalisasi ancaman bunuh diri	1	2	Verbalisasi rencana bunuh diri	1	2	
Indikator	Sebelum	Sesudah																
Verbalisasi keinginan bunuh diri	1	2																
Verbalisasi isyarat bunuh diri	1	2																
Verbalisasi ancaman bunuh diri	1	2																
Verbalisasi rencana bunuh diri	1	2																
01-12-2021/11.30	Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku (D.0135)	<p>S (Subyektif): Klien mengatakan merasa biasa aja tidak sedih ataupun tidak bahagia, klien mengatakan keinginan untuk bunuh diri sudah berkurang</p> <p>O (Obyektif): Ekspresi wajah klien datar, kontak mata kurang, klien tampak lesu, SIRS: 1</p> <p>A (<i>Assesment</i>): Masalah keperawatan dengan resiko bunuh diri belum teratasi dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi keinginan bunuh diri</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi isyarat bunuh diri</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi ancaman bunuh diri</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi rencana bunuh diri</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Verbalisasi keinginan bunuh diri	2	2	Verbalisasi isyarat bunuh diri	2	3	Verbalisasi ancaman bunuh diri	2	3	Verbalisasi rencana bunuh diri	2	2	 Karmila M.P
Indikator	Sebelum	Sesudah																
Verbalisasi keinginan bunuh diri	2	2																
Verbalisasi isyarat bunuh diri	2	3																
Verbalisasi ancaman bunuh diri	2	3																
Verbalisasi rencana bunuh diri	2	2																

		<p>P (<i>Planning</i>): Pertahankan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri 1.2 Memonitor lingkungan bebas bahaya secara rutin 1.3 Memonitor adanya perubahan mood 1.4 Memastikan klien sudah minum obat 1.5 Menganjurkan klien mendiskusikan perasaan yang dirasakan kepada orang lain (perawat) 1.6 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri <p>Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan</p>																
02-12-2021/11.30	Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku (D.0135)	<p>S (Subyektif): Klien mengatakan merasa biasa aja tidak sedih ataupun tidak bahagia, klien mengatakan keinginan untuk bunuh diri sudah berkurang, klien mengatakan sudah bisa mengendalikan perasaan ingin bunuh diri.</p> <p>O (Obyektif): Ekspresi wajah klien datar, kontak mata kurang, klien tampak lesu, SIRS: 1</p> <p>A (<i>Assesment</i>): Masalah keperawatan dengan resiko bunuh diri belum teratasi dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi keinginan bunuh diri</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi isyarat bunuh diri</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi ancaman bunuh diri</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi rencana bunuh diri</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P (<i>Planning</i>): Pertahankan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri 1.2 Memonitor lingkungan bebas bahaya secara rutin 1.3 Memonitor adanya perubahan mood 1.4 Memastikan klien sudah minum obat 	Indikator	Sebelum	Sesudah	Verbalisasi keinginan bunuh diri	2	3	Verbalisasi isyarat bunuh diri	3	3	Verbalisasi ancaman bunuh diri	3	3	Verbalisasi rencana bunuh diri	2	3	 Karmila M.P
Indikator	Sebelum	Sesudah																
Verbalisasi keinginan bunuh diri	2	3																
Verbalisasi isyarat bunuh diri	3	3																
Verbalisasi ancaman bunuh diri	3	3																
Verbalisasi rencana bunuh diri	2	3																

		<p>1.5 Menganjurkan klien mendiskusikan perasaan yang dirasakan kepada orang lain (perawat)</p> <p>1.6 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri</p> <p>Intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruangan</p>																
03-12-2012	Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku (D.0135)	<p>S (Subyektif): Klien mengatakan merasa biasa aja tidak sedih ataupun tidak bahagia, klien mengatakan keinginan untuk bunuh diri sudah berkurang</p> <p>O (Obyektif): Ekspresi wajah klien datar, kontak mata kurang, klien tampak lesu, SIRS: 1</p> <p>A (<i>Assesment</i>): Masalah keperawatan dengan resiko bunuh diri belum teratasi dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi keinginan bunuh diri</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi isyarat bunuh diri</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi ancaman bunuh diri</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi rencana bunuh diri</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P (<i>Planning</i>): Pertahankan intervensi</p> <p>1.1 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri</p> <p>1.2 Memonitor lingkungan bebas bahaya secara rutin</p> <p>1.3 Memonitor adanya perubahan mood</p> <p>1.4 Memastikan klien sudah minum obat</p> <p>1.5 Menganjurkan klien mendiskusikan perasaan yang dirasakan kepada orang lain (perawat)</p> <p>1.6 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri</p> <p>Intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruangan</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Verbalisasi keinginan bunuh diri	3	3	Verbalisasi isyarat bunuh diri	3	3	Verbalisasi ancaman bunuh diri	3	3	Verbalisasi rencana bunuh diri			 Karmila M.P
Indikator	Sebelum	Sesudah																
Verbalisasi keinginan bunuh diri	3	3																
Verbalisasi isyarat bunuh diri	3	3																
Verbalisasi ancaman bunuh diri	3	3																
Verbalisasi rencana bunuh diri																		

04-12-2021/11.30	Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku (D.0135)	<p>S (Subyektif): Klien mengatakan sudah tenang, sudah bisa mengontrol pikiran, tidak ada keinginan bunuh diri, klien mengatakan sudah bisa mengontrol pikiran negatif.</p> <p>O (Obyektif): Kontak mata kurang, ekspresi wajah datar, SIRS: 0</p> <p>A (<i>Assesment</i>): Masalah keperawatan dengan resiko bunuh diri belum teratasi dengan kriteria hasil:</p> <table border="1" data-bbox="740 562 1169 994"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi keinginan bunuh diri</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi isyarat bunuh diri</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi ancaman bunuh diri</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi rencana bunuh diri</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P (<i>Planning</i>): Pertahankan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri 1.2 Memonitor lingkungan bebas bahaya secara rutin 1.3 Memonitor adanya perubahan mood 1.4 Memastikan klien sudah minum obat 1.5 Menganjurkan klien mendiskusikan perasaan yang dirasakan kepada orang lain (perawat) 1.6 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri <p>Intervensi akan dilanjutkan oleh perawat di ruangan</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Verbalisasi keinginan bunuh diri	3	3	Verbalisasi isyarat bunuh diri	3	3	Verbalisasi ancaman bunuh diri	3	3	Verbalisasi rencana bunuh diri	3	3	 Karmila M.P
Indikator	Sebelum	Sesudah																
Verbalisasi keinginan bunuh diri	3	3																
Verbalisasi isyarat bunuh diri	3	3																
Verbalisasi ancaman bunuh diri	3	3																
Verbalisasi rencana bunuh diri	3	3																
06-12-2021/10.30	Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku (D.0135)	<p>S (Subyektif): Klien mengatakan senang, badan dan pikiran terasa rileks, tidak ada keinginan untuk bunuh diri</p> <p>O (Obyektif): Klien tampak tenang, kontak mata baik, SIRS: 0</p> <p>A (<i>Assesment</i>): Masalah keperawatan dengan resiko bunuh diri belum teratasi dengan kriteria hasil:</p> <table border="1" data-bbox="740 1912 1169 1942"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Sebelum	Sesudah				 Karmila M.P									
Indikator	Sebelum	Sesudah																

		<table border="1"> <tr> <td>Verbalisasi keinginan bunuh diri</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi isyarat bunuh diri</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi ancaman bunuh diri</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi rencana bunuh diri</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>P (<i>Planning</i>): Pertahankan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri 1.2 Memonitor lingkungan bebas bahaya secara rutin 1.3 Memonitor adanya perubahan mood 1.4 Memastikan klien sudah minum obat 1.5 Menganjurkan klien mendiskusikan perasaan yang dirasakan kepada orang lain (perawat) 1.6 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri <p>Intervensi akan dilanjutkan oleh perawat di ruangan</p>	Verbalisasi keinginan bunuh diri	3	4	Verbalisasi isyarat bunuh diri	3	4	Verbalisasi ancaman bunuh diri	3	4	Verbalisasi rencana bunuh diri	3	4				
Verbalisasi keinginan bunuh diri	3	4																
Verbalisasi isyarat bunuh diri	3	4																
Verbalisasi ancaman bunuh diri	3	4																
Verbalisasi rencana bunuh diri	3	4																
07-12-2021	Resiko bunuh diri berhubungan dengan gangguan perilaku (D.0135)	<p>S (Subyektif): Klien mengatakan senang, badan dan pikiran terasa rileks, tidak ada keinginan untuk bunuh diri</p> <p>O (Obyektif): Klien tampak tenang, kontak mata baik, SIRS:0</p> <p>A (<i>Assesment</i>): Masalah keperawatan dengan resiko bunuh diri belum teratasi dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi keinginan bunuh diri</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi isyarat bunuh diri</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi ancaman bunuh diri</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi rencana bunuh diri</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Verbalisasi keinginan bunuh diri	4	5	Verbalisasi isyarat bunuh diri	4	5	Verbalisasi ancaman bunuh diri	4	5	Verbalisasi rencana bunuh diri	4	5	 Karmila M.P
Indikator	Sebelum	Sesudah																
Verbalisasi keinginan bunuh diri	4	5																
Verbalisasi isyarat bunuh diri	4	5																
Verbalisasi ancaman bunuh diri	4	5																
Verbalisasi rencana bunuh diri	4	5																

		<p>P (<i>Planning</i>): Pertahankan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri 1.2 Memonitor lingkungan bebas bahaya secara rutin 1.3 Memonitor adanya perubahan mood 1.4 Memastikan klien sudah minum obat 1.5 Menganjurkan klien mendiskusikan perasaan yang dirasakan kepada orang lain (perawat) 1.6 Melibatkan klien dalam perencanaan perawatan mandiri <p>Intervensi akan dilanjutkan oleh perawat di ruangan</p>	
--	--	---	--

Tabel 3.4 Evaluasi