

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PADA TN. R DENGAN INTERVENSI**

**INOVASI TERAPI MEDITASI RINGAN DENGAN MINDFULNESS TERHADAP**

**PENURUNAN IDE-IDE BUNUH DIRI DI RUANG BELIBIS**

**RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



**DI SUSUN OLEH**

**Ediarti Rusdiana Intan, S.Kep**

**17111024120020**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS UNIVERSITAS**

**MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

**2018**

**Analisa Praktik Klinik Keperawatan Jiwa pada Tn. R dengan Intervensi**

**Inovasi Terapi Meditasi Ringan dengan Mindfulness terhadap**

**Penurunan Ide-ide Bunuh Diri di Ruang Belibis RSJD Atma Husada**

**Mahakam Samarinda**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Diajukan sebagai salah satu syarat memenuhi gelar Ners Keperawatan



DI SUSUN OLEH Ediarti

Rusdiana Intan., S.Kep

17111024120020

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS UNIVERSITAS  
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

**2018**

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PADA TN. R DENGAN INTERVENSI**  
**INOVASI TERAPI MEDITASI RINGAN DENGAN *MINDFULNESS* TERHADAP**  
**PENURUNAN IDE-IDE BUNUH DIRI DI RUANG BELIBIS**  
**RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM**  
**SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**DI SUSUN OLEH**  
**Ediarti Rusdiana Intan., S.Kep**  
**NIM 17111024120020**

**Disetujui untuk diajukan**  
**Pada tanggal 24 Juli 2018**

**Pembimbing**



**Ns. Mukhriyah Damaiyanti., MNS**  
**NIDN : 1110118003**

**Mengetahui,**  
**Koordinator MK, Elektif**



**Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, S.Kep.,M.Kep**  
**NIDN : 1112068002**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PADA TN. R DENGAN INTERVENSI  
INOVASI TERAPI MEDITASI RINGAN DENGAN *MINDFULNESS* TERHADAP  
PENURUNAN IDE-IDE BUNUH DIRI DI RUANG BELIBIS  
RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM  
SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS  
DI SUSUN OLEH  
Ediarti Rusdiana Intan, S.Kep  
17111024120020**

**Diseminarkan dan diajukan  
Pada tanggal 24 Juli 2018**

**Penguji 1**



**Ns. Linda Dwi Novial Fitri, M.Kep.Sp.Jiwa  
NIP. 19731103199503 2 004**

**Penguji 2**



**Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M.Kep  
NIDN : 1119097601**

**Penguji 3**



**Ns. Mukripah Damayanti, MNS  
NIDN : 1110118003**

**Mengetahui,  
Ketua**

**Program Studi S1 Keperawatan**



**Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M.Kep  
NIDN : 1119097601**

# ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PADA TN. R DENGAN INTERVENSI

## INOVASI TERAPI MEDITASI RINGAN DENGAN *MINDFULNESS* TERHADAP

### PENURUNAN IDE-IDE BUNUH DIRI DI RUANG BELIBIS

#### RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM

#### SAMARINDA

Ediarti Rusdiana Intan<sup>1</sup>, Mukriyah Damayanti, MNS<sup>2</sup>

#### INTISARI

**Latar belakang:** Bunuh diri berasal dari kata *suicidium*, dari *siu caedere*, yaitu membunuh diri sendiri adalah suatu tindakan sengaja yang menyebabkan kematian diri sendiri. Bunuh diri sering dilakukan akibat putus asa, yang penyebabnya sering kali dikaitkan dengan gangguan jiwa, misalnya depresi, gangguan bipolar, skizofrenia, ketergantungan alkohol/alkoholisme, atau penyalahgunaan obat. Faktor-faktor penyebab stres antara lain kesulitan keuangan atau masalah dalam hubungan interpersonal seringkali ikut berperan. Pada tahun 2000, 1 juta orang melakukan tindakan bunuh diri di seluruh dunia (setiap 40 detik seseorang melakukan tindak bunuh diri, dan setiap 3 detik seseorang melakukan percobaan bunuh diri. Hanya 39 dari 166 anggota PBB yang menyediakan data bunuh diri, Indonesia termasuk yang tidak memasukkan data (WHO, 2009). Materi dalam Mindfulness Based Cognitive Therapy ini memberikan berupa konsep-konsep yang dikembangkan oleh Beckerman & Corbett, 2010 dengan merancang program MBCT melalui 12 kali pertemuan maksimal yang didasarkan pada reduksi stres yang dikembangkan oleh Kabat-Zinn. Masing-masing pertemuan berdurasi selama maksimal 1,5 sampai 2 jam, tetapi dilihat lagi dari kondisi respon pasien secara objektif. Tahapan terapi ini berupa psiko-edukasi berkaitan dengan permasalahan dan terapi yang diberikan, teknik pengenalan diri dan refleksi diri, mengenali potensi diri yang belum tampak serta melatih diri untuk mengenali pikiran dan perasaan negatifnya yang mempengaruhi perilaku subjek, mengenali sensasi tubuh dan pendeteksian tubuh dengan sikap penghargaan guna menumbuhkan penerimaan dan penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain, membuka kesadaran guna menerima perasaan serta pikiran agar lebih terbuka terhadap diri sendiri dan orang lain terkait dengan kondisi yang dialami sebagai cara untuk regulasi emosi, tahap terakhir adalah merencanakan kebahagiaan, dalam hal ini menanamkan pengharapan positif pada diri subjek dengan mendoakan diri dan lingkungan sekitarnya.

Tujuan analisis ini Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada klien Resiko Bunuh Diri dengan inovasi intervensi terapi *Meditasi Ringan dengan Mindfulness* terhadap Penurunan ide-ide bunuh diri di Ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Hasil analisis ditemukan penurunan emosi labil atau mengurangi tingkat depresi dan meningkatkan harga diri pada Resiko Bunuh Diri untuk mencegah timbulnya rencana atau ide-ide untuk menciderai/melukai diri sendiri.

---

**Kata kunci:** *Terapi Meditasi Ringan dengan Mindfulness*, Penurunan ide-ide bunuh diri

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

<sup>2</sup>Dosen Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

# **Analysis of Nursing Clinical Practices on Mr. R with Innovation Intervention of Light Meditation Therapy with Mindfulness Towards Decreasing Suicidal Ideas in Room Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda**

Ediarti Rusdiana Intan<sup>1</sup>, Mukripan Damayanti, MNS<sup>2</sup>

## **ABSTRACT**

**Background:** Suicide comes from the word *suicidium*, from *siu caedere*, that is killing yourself is a deliberate act that causes death itself. Suicide is often done due to despair, the cause often associated with mental disorders, such as depression, bipolar disorder, schizophrenia, alcohol / alcoholism, or drug abuse. The factors that cause stress include financial difficulties or problems in interpersonal relationships often play a role. In 2000, 1 million people committed suicide worldwide (after 40 seconds a person committed suicide, and every 3 seconds a person committed suicide Only 39 out of 166 UN members provided suicide data, including those not including data (WHO, 2009) .The material in Mindfulness Based Cognitive Therapy provides the concepts developed by Beckerman & Corbett, 2010 by designing the MBCT program through 12 maximal meetings based on the stress reduction developed by Kabat-Zinn. - duration of the meeting duration of maximum 1.5 to 2 hours, but seen from the objective patient response condition. These stages of psycho-educational therapy related to the problems and therapies given, self-recognition and self-reflection techniques, recognize the potential that has not appear and train themselves to recognize negative thoughts and feelings that affect the behavior of the subject, recognize body sensations and the detection of the body with an attitude of appreciation in order to cultivate acceptance and respect for oneself and others, open awareness to accept feelings and thoughts to be more open to ourselves and others related to the conditions experienced as a way to emotional regulation, the last stage is to plan happiness, in this case instilling a positive expectation on the subject by praying for themselves and the surrounding environment.

The purpose of this analysis of Writing Scientific Writing End-Ners aims to analyze the cases managed by clients in Risk of Self Suicide with innovation therapy therapy Meditation Mild with Mindfulness of Decrease suicidal ideas in the Room of Biblias RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. The results of the analysis found a decrease in unsteady emotions or reduce the level of depression and increase self-esteem at the risk of suicide to prevent the emergence of plans or ideas to injure / injure yourself.

---

**Keywords:** Light Meditation Therapy with Mindfulness, Decrease of suicidal ideas

<sup>1</sup> Student Program Profession Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.

<sup>2</sup> Lecturer Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari fisik, mental dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi (UU No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan). Sedangkan menurut WHO (2005) kesehatan adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang lengkap dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Dari dua definisi di atas dapat diambil kesimpulan bahwa untuk dikatakan sehat, seseorang harus berada pada suatu kondisi fisik, mental dan sosial yang bebas dari gangguan, seperti penyakit atau perasaan tertekan yang memungkinkan seseorang tersebut untuk hidup produktif dan mengendalikan stres yang terjadi sehari-hari serta berhubungan secara sosial secara nyaman dan berkualitas.

Kesehatan jiwa adalah suatu bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan atau bagian integral dan merupakan unsur utama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup manusia yang utuh. Menurut UU No 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

Menurut *World Health Organization (WHO) (2017)* pada umumnya gangguan mental yang terjadi adalah gangguan kecemasan dan gangguan depresi. Diperkirakan 4,4% dari populasi global menderita gangguan depresi, dan 3,6% dari gangguan kecemasan. Jumlah penderita depresi meningkat lebih dari 18%

antara tahun 2005 dan 2015. Depresi merupakan penyebab terbesar kecacatan di seluruh dunia. Lebih dari 80% penyakit ini dialami orang-orang yang tinggal di Negara berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2017)

Berdasarkan Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam pada tahun 2018 mencatat dari bulan Januari sampai dengan bulan Juni jumlah klien yang masuk melalui UGD sebanyak 843 orang dan rata-rata yang masuk diruang Belibis sebanyak 20 klien dalam satu bulan terakhir di bulan Mei dengan klien halusinasi sebanyak 39%, harga diri rendah sebanyak 7,3%, menarik diri sebanyak 9,8%, waham sebanyak 2,4%, perilaku kekerasan sebanyak 31,7%, resiko bunuh diri 0% dan defisit perawatan diri sebanyak 9,8% (Survei Indikator Mutu IRNA, 2018).

Bunuh diri berasal dari kata *suicidium*, dari *siu caedere*, yaitu membunuh diri sendiri adalah suatu tindakan sengaja yang menyebabkan kematian diri sendiri. Bunuh diri sering dilakukan akibat putus asa, yang penyebabnya sering kali dikaitkan dengan gangguan jiwa, misalnya depresi, gangguan bipolar, skizofrenia, ketergantungan alkohol/alkoholisme, atau penyalahgunaan obat. Faktor-faktor penyebab stres antara lain kesulitan keuangan atau masalah dalam hubungan interpersonal seringkali ikut berperan. Pada tahun 2000, 1 juta orang melakukan tindakan bunuh diri di seluruh dunia (setisp 40 detik seseorang melakukan tindak bunuh diri, dan setiap 3 detik seseorang melakukan percobaan bunuh diri. Hanya 39 dari 166 anggota PBB yang menyediakan data bunuh diri, Indonesia termasuk yang tidak memasukkan data (WHO, 2009)

Tidak banyak terapi yang dilakukan untuk menurunkan pikiran negatif rencana / ide bunuh diri, selain penggunaan obat-obatan dengan jangka panjang

yang harus dikonsumsi sesuai indikasi, dan tidak adanya kerjasama antara keluarga atau orang terdekat untuk mengawasi dan mendampingi seseorang dengan resiko bunuh diri sangat berpengaruh pada perubahan stres atau depresi yang dialami orang dengan resiko bunuh diri. Terapi meditasi dikembangkan sejak 7000 tahun yang lalu dan terus berkembang serta dipraktikkan oleh sebagian masyarakat sampai saat ini, dengan meditasi seseorang senantiasa dilatih berkonsentrasi (*avadhana*) agar bisa menetapkan perhatian ke suatu hal (*ekagatha*). Begitu pula praktek meditasi membantu mengkoordinasikan tubuh dan pikiran kita menjadi lebih efektif, sehingga seseorang akan bisa menjaga keseimbangan mental dan mencapai ketenangan yang mendalam (Svami Sathya Narayana, 2009).

*Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) adalah program yang menggabungkan pelatihan intensif di *mindfulness* (Kabat-Zinn, 1990) dengan unsur kognitif perilaku yang memiliki target seseorang dengan depresi. Kesadaran yang dimaksud adalah pandangan untuk merubah arah pikiran menuju kearah yang lebih positif. Dan hanya diri sendiri yang bisa merubah pola fikir seseorang tersebut. Mengarahkan untuk disiplin berfikir secara terus menerus akan merubah isi kognitif. Kemampuan untuk berhubungan dengan diri sendiri menggunakan kebaikan ketika menghadapi rasa sakit dan menerima kekurangan personal (Kuyken et.al., 2008; Kenny and William, 2007).

Seiring dengan perkembangan metode dan teknologi berupa media, terapi MBCT tetap menjadi pilihan para terapis / tenaga kesehatan di daerah tertentu untuk meningkatkan kepercayaan diri bagi seseorang yang memiliki penyakit atau kecacatan dikarenakan kecelakaan atau insiden lain dan seseorang dengan

gangguan depresi. Bagi kesehatan jiwa MBCT dirancang memiliki kelebihan untuk meningkatkan individu memiliki semangat dan meninggalkan keputusasaan serta menambah optimisme untuk menghadapi masa depannya (Hurlock, 1997)'

Terapi meditasi dengan MBCT dilakukan untuk menyelidiki apakah memori otobiografi bisa berpengaruh oleh perawatan psikologis. Hasil penelitian pada kelompok eksperimen menunjukkan bahwa MBCT secara signifikan mengurangi jumlah kenangan generic atau kenangan yang berulang (Segal, Williams & Teasdale, 2000).

MBCT adalah generasi ketiga dari pengembangan *Behavioral Therapy*, teknik penggabungan dari terapi kognitif dengan melibatkan penggunaan *mindfulness-Based Stress Reduction program* yang dikembangkan oleh Jon Kabat-Zinn dan koleganya (Spiegler & David, 2010). Komponen yang ada pada MBCT dirancang untuk melatih individu membangun kesadarannya sendiri dari dalam hingga keluar yang berkaitan dengan lingkungan diluar dirinya.

Materi dalam *Mindfulness Based Cognitive Therapy* ini memberikan berupa konsep-konsep yang dikembangkan oleh Beckerman & Corbett, 2010 dengan merancang program MBCT melalui 12 kali pertemuan maksimal yang didasarkan pada reduksi stres yang dikembangkan oleh Kabat-Zinn. Masing-masing pertemuan berdurasi selama maksimal 1,5 sampai 2 jam, tetapi dilihat lagi dari kondisi respon pasien secara objektif. Tahapan terapi ini berupa psiko-edukasi berkaitan dengan permasalahan dan terapi yang diberikan, teknik pengenalan diri dan refleksi diri, mengenali potensi diri yang belum tampak serta melatih diri untuk mengenali pikiran dan perasaan negatifnya yang mempengaruhi perilaku subjek, mengenali sensasi tubuh dan pendeteksian tubuh dengan sikap

penghargaan guna menumbuhkan penerimaan dan penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain, membuka kesadaran guna menerima perasaan serta pikiran agar lebih terbuka terhadap diri sendiri dan orang lain terkait dengan kondisi yang dialami sebagai cara untuk regulasi emosi, tahap terakhir adalah merencanakan kebahagiaan, dalam hal ini menanamkan pengharapan positif pada diri subjek dengan mendoakan diri dan lingkungan sekitarnya.

Terapi meditasi ringan dengan memejamkan mata yang disarankan sebagai pilihan pengobatan untuk *Major Depressive Disorder* (MDD) atau gangguan depresi mayor. Terapi ini memiliki keuntungan untuk mengatasi stres, kekambuhan depresi, gangguan kecemasan, gangguan makan dan kecanduan alkohol (Michalak, et. al 2015)

Pelaksanaan asuhan keperawatan bagi pasien dengan perilaku resiko bunuh diri di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, selama ini masih menggunakan terapi individu generalis saja, oleh karena itu penulis tertarik untuk melakukan inovasi terapi memejamkan mata dan meditasi ringan dengan menggunakan *mindfulness* sebagai latihan untuk penurunan rencana/ide-ide bunuh diri dan mengontrol emosi serta tingkat depresi dan stres pada klien dengan resiko bunuh diri.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan diatas, maka rumusan masalah dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah “Adakah Pengaruh Pemberian Inovasi Intervensi Teknik Terapi Memejamkan Mata dan Meditasi Ringan dengan *Mindfulness* terhadap penurunan rencana/ide-ide bunuh

diri pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan Resiko Bunuh Diri di Ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda?"

### **C. Tujuan Penulisan**

#### 1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini secara umum adalah untuk mengetahui Pengaruh Pemberian Inovasi Intervensi Teknik Terapi Memejamkan Mata dan Meditasi Ringan dengan *Mindfulness* terhadap penurunan rencana/ide-ide bunuh diri pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan Resiko Bunuh Diri di Ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda?

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan asuhan keperawatan pada pasien resiko bunuh diri di ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
- b. Menganalisi intervensi terapi Memejamkan Mata dan Meditasi Ringan dengan *Mindfulness* yang diterapkan secara terus menerus selama 1 minggu pada klien kelolaan dengan masalah Resiko Bunuh Diri.

### **D. Manfaat Penulisan**

#### 1. Rumah Sakit

Penelitian ini sebagai bahan masukan manajemen pengambilan kebijakan untuk terus mendukung terlaksananya pemberian asuhan keperawatan secara komperhensif guna terciptanya Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa (MPKP Jiwa) dan bisa dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk menjadikan teknik Terapi memejamkan Mata dan Meditasi Ringan dengan *Mindfulness* sebagai salah satu terapi untuk mengatasi masalah pada pasien resiko bunuh diri.

## 2. Profesi Keperawatan RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan pada perawat yang akan menerapkan terapi ini sebagai tindakan keperawatan dalam menangani pasien dengan resiko bunuh diri di RSJD Atma husada Mahakam Samarinda.

## 3. Perawat

Sebagai tenaga kesehatan, perawat/terapis mampu memaksimalkan peran dan fungsi sebagai pemberi asuhan dan pendidikan bagi pasien dan keluarga dengan memberikan asuhan keperawatan secara komperhensif guna menciptakan mutu keperawatan yang optimal dengan teknik terapi memejamkan mata dan meditasi ringan dengan *mindfulness* yang secara konsisten dan *continue* pada klien yang mengalami resiko bunuh diri atau yang menciderai diri sendiri.

## 4. Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi referensi dan masukan dalam melakukan penelitian lainnya yang berhubungan dengan teknik terapi memejamkan mata dan meditasi ringan dengan *mindfulness* dan pengaruhnya terhadap penurunan rencana/ide-ide bunuh diri pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan Resiko Bunuh Diri atau gangguan depresi lainnya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Perilaku Resiko Bunuh Diri**

##### **a. Pengertian**

Resiko bunuh diri adalah resiko untuk menciderai diri sendiri yang dapat mengancam kehidupan. Bunuh diri merupakan kedaruratan psikiatri karena merupakan perilaku untuk mengakhiri kehidupannya. Perilaku bunuh diri disebabkan karena stres 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 stres, perasaan terisolasi, dapat terjadi 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).

Bunuh diri merupakan salah satu sindrom yang merupakan manifestasi dari trauma psikologis yang sangat dalam, tidak mempunyai harapan, dan harapan yang rendah untuk mendapatkan pertolongan terhadap penderitaan yang dialami (Brendel et al dalam Varcolish & Heatler, 2008).

Bunuh diri adalah tindakan sengaja membunuh diri sendiri. Menyakiti diri adalah istilah lebih luas yang mengacu pada kesengajaan meracuni diri sendiri secara sengaja atau dengan menciderai diri, yang mungkin tidak memiliki niat fatal atau hasil (WHO, 2014)

## **b. Penyebab terjadinya bunuh diri**

Adapun penyebab bunuh diri yang terbesar banyak dilakukan karena beberapa alasan, adalah sebagai berikut :

### 1. Faktor predisposisi

#### a. Teori genetic dan biologis

##### 1) Genetik

Perilaku bunuh diri merupakan sesuatu yang diturunkan dalam keluarga kembar monozigot memiliki resiko dalam melakukan bunuh diri (Shaddock & Hitler, Varcarolis, (Stuart, 2011).

##### 2) Hubungan Neurokimia

*Neurotransmitter* adalah zat kimia dalam otak dari sel ke saraf, peningkatan dan penurunan neurotransmitter mengakibatkan perubahan perilaku. Yang dikaitkan dengan perilaku bunuh diri adalah *dopamine*, *neuroepineprin*, *asetilkoln*, dan asam amino (Stuard 2011, Videback, 2011)

##### 3) Diagnosis Psikiatri

Lebih dari 90% orang dewasa yang mengakhiri hidupnya dengan bunuh diri mengalami gangguan jiwa. Ada 4 gangguan jiwa yang beresiko menimbulkan individu untuk bunuh diri adalah gangguan *mood*, penyalahgunaan zat, skizofrenia, dan gangguan kecemasan (Stuard, 2013).

## b. Faktor Psikologi

### 1) Kebencian terhadap diri sendiri

Bunuh diri merupakan hasil dari bentuk penyerangan atau kemarahan terhadap orang lain yang tidak diterima dan dimanifestasikan atau ditunjukkan pada diri sendiri (Stuard, 2011).

### 2) Ciri kepribadian

3) Menyatakan bahwa depresi karena kehilangan sesuatu yang dicintai, keputusan, kesepian, dan kehilangan harga diri (Shaddock, 2011)

## c. Faktor-faktor yang mempengaruhi resiko bunuh diri

### Faktor Sosial Budaya

#### 1) Ekonomi

Kemiskinan dan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar, pernikahan yang hancur, keluarga dengan orang tua tunggal (Towsend, 2009)

2) Faktor budaya yang didalamnya adalah nilai spiritual, nilai yang dianut keluarga, pandangan terhadap perilaku yang menyebabkan kematian, berdampak pada angka kejadian bunuh diri (Krch et al (2008 dalam Varcorolish & Hitler, 2010).

3) Kehilangan, kurangnya dukungan sosial dan peristiwa kehidupan yang negatif dan penyakit fisik yang kronik, perpisahan dan perceraian dan penurunan dukungan sosial merupakan faktor penting dengan berhubungan resiko bunuh diri (Stuard, 2013).

#### 2. Faktor Presipitasi (Stuard, 2009)

a. Akibat stres berlebihan yang dialami individu

b. Masalah interpersonal

- c. Kehilangan pekerjaan
  - d. Ancaman pengangguran
  - e. Dipermalukan di depan umum / *Bullying*
3. Faktor Penyebab Lain Resiko Bunuh Diri (Stuart, GW dan Laraia, 2005)
- a. Adanya harapan untuk reuni dan fantasi
  - b. Merupakan jalan untuk mengakhiri keputusan dan ketidakberdayaan
  - c. Tangisan untuk meminta bantuan
  - d. Suatu tindakan untuk menyelamatkan muka dan mencari kehidupan yang lebih baik.
4. Jenis Bunuh Diri
- a. Bunuh diri egoisti  

Bunuh diri yang dilakukan oleh orang-orang yang merasa kepentingan individu merasa lebih tinggi daripada kepentingan kesatuan sosialnya.
  - b. Bunuh diri altruistik  

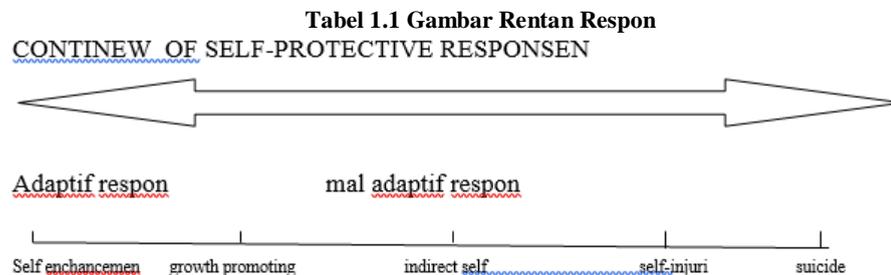
Bunuh diri karena adanya perasaan integrasi antar sesama individu yang satu dengan yang lainnya sehingga menciptakan masyarakat yang memiliki integritas yang kuat, misalnya bunuh diri harakiri di Jepang.
  - c. Bunuh diri anomik  

Bunuh diri yang lebih focus pada keadaan moral dimana individu yang bersangkutan kehilangan cita-cita, tujuan dan norma dalam hidupnya.
  - d. Bunuh diri fatalistik  

Bunuh diri yang demikian tidak banyak dibahas oleh Durkheim, pada tipe bunuh diri anomi terjadi didalam situasi dimana nilai dan norma

yang berlaku di masyarakat melemah, sebaliknya bunuh diri fatalistic terjadi ketika nilai dan norma meningkat di dalam masyarakat

#### d. Rentan Respon



##### 1) Peningkatan diri

Seorang dapat meningkatkan proteksi atau pertahanan diri secara wajar terhadap situasional yang membutuhkan pertahanan diri. Contoh; seorang mempertahankan diri dari pendapatannya yang berbeda mengenai loyalitas terhadap pimpinan di tempat kerjanya.

##### 2) Pengambilan resiko yang meningkatkan pertumbuhan

Seorang memiliki kecenderungan atau beresiko mengalami perilaku destruktif atau menyalahkan diri sendiri terhadap situasi yang seharusnya dapat mempertahankan diri, seperti seseorang patah semangat bekerja ketika dirinya dianggap tidak loyal terhadap pimpinan padahal ia sudah melakukan pekerjaan secara optimal.

##### 3) Destruktif diri secara tidak langsung.

Seseorang telah mengambil sikap yang tidak tepat (maladaptif) terhadap situasi yang membutuhkan dirinya untuk mempertahankan diri. Misal karena pandangan pimpinan terhadap dirinya yang tidak loyal, maka seorang karyawan menjadi tidak masuk kantor atau bekerja senaknya dan tidak optimal.

#### 4) Pencederaan diri

Seorang melakukan pencederaan diri atau percobaan bunuh diri akibatnya hilangnya harapan terhadap situasi yang ada.

#### 5) Bunuh diri

Seorang telah melakukan bunuh diri sampai dengan nyawanya hilang.

##### a. Kecendrungan MITOS dan FAKTA Resiko bunuh diri.

##### 1. Mitos

- a) Orang-orang yang bicara bunuh diri mereka tidak bunuh diri, bunuh diri terjadi tanpa peringatan.
- b) Bunuh diri tidak dapat dihentikan sepenuhnya karena berniat mengakhiri hidup untuk membersihkan sesuatu.
- c) Semua orang bunuh diri adalah gangguan jiwa, dan bunuh diri adalah tindakan orang psikotik.
- d) Ancaman bunuh diri merupakan upaya untuk mengambil perhatian dan tidak perlu di ambil serius.
- e) Orang yang biasanya melakukan bunuh diri dengan overdosis obat.
- f) Jika orang telah melakukan percobaan bunuh diri dia tidak akan melakukannya lagi.

##### 2. Fakta

- a) Delapan dari sepuluh orang yang bunuh diri mereka telah memberikan petunjuk yang pasti dari peringatan tentang niat buruk mereka.

- b) Orang yang ingin bunuh diri hanya ingin bunuh diri dalam waktu yang terbatas.
- c) Bunuh diri tidak di wariskan.
- d) Orang yang ingin bunuh diri mereka tidak selal psikotik, mereka hanya tidak mendapatkan solusi dari masalahnya.

Fakta bunuh diri menurut WHO tahun 2014 adalah sebagai berikut:

- a. Lebih dari 800.000 meninggal akibat bunuh diri setiap tahun.
- b. Bunuh diri adalah penyebab utama dari kematian ke 2 di antara usia 15-29 tahun.
- c. Untuk setiap bunuh diri adda lebih banyak mencoba bunuh diri setiap tahun.
- d. Minuman pestisida menggantung dan senjata api metode yg paling umum dari bunuh diri secara global.
- e. Luka tembak adalah penyebab utama dari kematian korban bunuh diri.
- f. Antara usia 50-80 tahun dari semua orang yang bunuh diri memiliki sejarah sebelumnya.

## 6. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stres, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Stuart dan Sundeen, 1998. Hal:33).

Ada 10 karakteristik umum pendekatan untuk bunuh diri, namun tidak semua ditemukan dalam semua kasus. Pandangan

mengenai bunuh diri berdasarkan bahwa seseorang secara sadar berusaha untuk menemukan solusi dari masalahnya yang telah menyebabkan penderitaan. Semua harapan dan tindakan konstruktif telah hilang. Menurutnya, seseorang yang merencanakan bunuh diri biasanya mengkomunikasikan niatnya tersebut, terkadang menangis untuk meminta bantuan, terkadang menarik diri dari orang lain. Berikut ini adalah 10 karakteristik dari bunuh diri (Davison, Neale, & Kring, 2004) adalah sebagai berikut:

- a. Fungsi umum dari bunuh diri adalah untuk mencari solusi.
- b. Tujuan umum dari bunuh diri adalah penghentian kesadaran.
- c. Stimulus umum dalam bunuh diri adalah penderitaan psikologis yang tidak tertahankan.
- d. Stressor umum dalam bunuh diri adalah frustrasi kebutuhan psikologis.
- e. Emosi umum dalam bunuh diri berkaitan dengan *hopelessness* *helplessness*.
- f. *Cognitive state* umum dalam bunuh diri adalah ambivalen (memiliki dua sisi perasaan berlawanan)
- g. *Perceptual state* umum dalam bunuh diri adalah sempit.
- h. Tindakan umum dari bunuh diri adalah *egression*.
- i. Tindakan interpersonal umum dalam bunuh diri adalah komunikasi mengenai intensi.
- j. Konsistensi umum mengenai bunuh diri adalah dengan pola koping seumur hidup.

## 7. Prediksi Mengenai Bunuh Diri Melalui Tes Psikologis:

Beberapa penelitian menemukan bahwa rasa putus asa merupakan prediktor yang kuat dari bunuh diri (Beck, 1986b; Beck, et al., 1985, 1990, dalam Davison, Neale, & Kring, 2004) bahkan lebih kuat dari depresi (Beck, Kovacs, & Weissman, 1975, dalam Davison, Neale, & Kring, 2004). Penelitian juga menunjukkan bahwa seseorang dengan ketidakpuasan yang tinggi dengan kehidupannya cenderung memiliki usaha untuk bunuh diri. Penelitian lainnya menemukan bahwa individu yang bunuh diri lebih kaku dalam mendekati masalah yang dialaminya dan kurang memiliki pemikiran yang fleksibel (Levenson, 1972, dalam Davison, Neale, & Kring, 2004). Penelitian yang melibatkan orang yang tidak pernah berusaha untuk bunuh diri, orang yang usaha bunuh dirinya tidak menyebabkan cedera yang serius dikaitkan dengan *low-lethal*, dan orang yang usaha bunuh dirinya mendekati kematian dikaitkan dengan *high-lethal* (tinggi mematikan), menemukan bahwa orang depresi yang pernah melakukan usaha bunuh diri khususnya terkait dengan *high-lethal*, lebih memiliki keterbatasan dalam membuat rencana, menyelesaikan masalah, membuat keputusan, dibandingkan dengan dua orang lainnya. Pencegahan Bunuh Diri, Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mencegah bunuh diri adalah dengan memberikan treatment yang tepat pada mereka yang mengalami gangguan mental, meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah dan mengontrol emosi. Selain itu, terapis juga dapat menciptakan

hubungan empati atau terapeutik yang melibatkan kepercayaan dan harapan. Adanya fasilitas pusat atau komunitas pencegahan bunuh diri juga dapat membantu, karena biasanya seseorang yang ingin bunuh diri memberikan peringatan atau meminta bantuan sebelum menjalankan usahanya (Davison, Neale, & Kring, 2004).

#### **e. Asuhan keperawatan pada klien dengan resiko bunuh diri**

Dalam melakukan asuhan keperawatan klien resiko bunuh diri, perawat perlu memahami tahapan dalam proses keperawatan dan petunjuk dalam melakukan wawancara dengan pasien dan keluarga untuk mendapatkan data yang akurat. (Yosef, 2007).

##### **1) PENGKAJIAN**

###### **a. Lingkungan dan upaya bunuh diri**

Perawat perlu mengkaji peristiwa yang menghina atau menyakitkan, upaya persiapan, ungkapan verbal, catatan, lukisan, memberikan benda yang berharga, obat, penggunaan kekerasan, racun, untuk mengetahui jenis dan berat factor resiko bunuh diri.

###### **b. Gejala**

Perawat mencatat adanya keputusasaan, celaan terhadap diri sendiri, perasaan gagal dan tidak berharga, alam perasaan depresi, agitasi, gelisah, insomnia menetap, berat badan menurun, bicara lamban, kelelahan, *withdrawl* (menarik diri).

###### **c. Penyakit psikiatrik**

Upaya bunuh diri sebelumnya, kelainan afektif, zat adiktif, depresi remaja, gangguan mental lansia.

d. Riwayat psikososial

Bercerai, putus hubungan, kehilangan pekerjaan, *stress multiple* (pindah, kehilangan, putus hubungan, masalah sekolah, krisis disiplin, penyakit kronik).

e. Faktor kepribadian

Perawat mengkaji mengenai *Impulsive*, agresif, bermusuhan, kognisi negatif, putus asa, dan harga diri rendah, antisosial klien.

f. Riwayat keluarga

Riwayat bunuh diri, gangguan afektif, alkoholisme. Sebagai perawat perlu mempertimbangkan pasien memiliki resiko apabila menunjukkan perilaku sebagai berikut: Menyatakan pikiran, harapan dan perencanaan tentang bunuh diri. Memiliki riwayat satu kali atau lebih melakukan percobaan bunuh diri. Memiliki keluarga yang memiliki riwayat bunuh diri. Mengalami depresi, cemas dan perasaan putus asa. Memiliki gangguan jiwa kronik atau riwayat penyakit mental. Mengalami penyalahgunaan NAPZA terutama alkohol. Menderita penyakit fisik yang prognosinya kurang baik. Menunjukkan impulsivitas dan agresif. Sedang mengalami kehilangan yang cukup signifikan atau kehilangan yang bertubi-tubi dan secara bersamaan:

1. Mempunyai akses terkait metode untuk melakukan bunuh diri misal pistol, obat, racun.

2. Merasa ambivalen tentang pengobatan dan tidak kooperatif dengan pengobatan.
3. Merasa kesepian dan kurangnya dukungan sosial.

Banyak instrument yang bisa dipakai untuk menentukan resiko klien melakukan bunuh diri diantaranya dengan SAD PERSONS

Tabel 1.2 tabel SAD PERSONS

No.	SAD PERSONS	Keterangan
1.	<i>Sex</i> (Jenis Kelamin)	Laki-laki lebih komit melakukan <i>suicide</i> 3 kali lebih tinggi disbanding wanita, meskipun wanita lebih sering 3 kali disbanding laki-laki melakukan percobaan bunuh diri.
2	<i>Age</i> (umur)	Kelompok resiko tinggi: usia 19 tahun atau lebih muda, 45 tahun atau lebih tua dan khususnya umur 65 tahun lebih.
3.	<i>Depression</i>	35%-79% orang yang melakukan bunuh diri mengalami <i>syndrome</i> depresi.
4.	<i>Previous attempts</i> (percobaan sebelumnya)	65%-79% orang yang melakukan bunuh diri sudah pernah melakukan percobaan sebelumnya.
5.	ETOH (alcohol)	65% orang yang <i>suicide</i> adalah orang yang menyalahgunakan alcohol.

6.	<i>Rational thinking</i> <i>Loss</i> (kehilangan berfikir rasional)	Orang dengan skizofrenia dan demensia lebih sering melakukan percobaan bunuh diri dibanding general populasi.
7.	<i>Social support</i> <i>lacking</i> (kurang dukungan social)	Orang yang melakukan bunuh diri biasanya kurang dukungan dari teman dan keluarga, pekerjaan yang bermakna serta dukungan spiritual keagamaan yang kurang.
8.	<i>Organized plan</i> (perencanaan yang terorganisasi)	Adanya perencanaan yang spesifik terhadap bunuh diri merupakan resiko tinggi.
9.	<i>No spouse</i> (tidak memiliki pasangan)	Status pernikahan seperti janda/duda, <i>single</i> adalah rentan dibandingkan orang dengan status menikah.
10.	<i>Sickness</i>	Orang berpenyakit kronik dan terminal beresiko tinggi melakukan bunuh diri.

Isi pengkajian dan berikan tanda (✓) pada kolom yang sesuai dengan data pasien

### Konsep diri

a. Gambaran diri:

---

b. Identitas :

---

c. Peran :

---

d. Ideal diri :

---

e. Harga diri :

---

### **Hubungan Sosial**

a. Orang yang berarti :

---

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat:

---

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain:

---

### **Spiritual**

a. Nilai dan keyakinan :

---

b. Kegiatan ibadah :

---

### **Alam perasaan**

Sedih                      putus asa                      gembira berlebihan

Ketakutan                      khawatir

### **Afek**

Datar                       Labil

Tumpul                       tidak sesuai

### **Daya tilik diri**

Mengingkari penyakit yang diderita

Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

2) Diagnosa Keperawatan

1. Resiko Bunuh Diri (RBD)
2. Harga Diri Rendah Kronik (HDR Kronik)

3) Pohon Masalah

Resiko Perilaku Kekerasan  
(pada diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal)



4) Intervensi Keperawatan

a) SP. 1 pasien (Resiko bunuh diri)

1. Membina hubungan saling percaya
2. Identifikasi penyebab, tanda, gejala dan akibat resiko bunuh diri
3. Memastikan lingkungan aman tidak ada senjata tajam atau benda-benda yang membahayakan klien dan orang lain
4. Menemani klien.
5. Menyarankan memanggil perawat apabila ada perasaan ini melukai diri kembali.

6. Memotivasi klien “saya percaya anda dapat mengatasi masalah anda, oke?”
- b) SP. 2 pasien (Resiko bunuh diri)
1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1 p)
  2. Validasi perasaan klien tentang ide bunuh diri
  3. Memotivasi/mendorong klien dengan memanggil perawat untuk membantu klien
- c) SP. 3 pasien (Resiko bunuh diri)
1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1 dan SP. 2 )
  2. Menanyakan “apa yang patut disyukuri dalam hidup ini?”
  3. Mengungkapkan perasaan dengan baik
- d) SP. 4 pasien (Resiko bunuh diri)
1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1, 2, 3)
  2. Meminta klien mengungkapkan perasaannya tentang ide bunuh diri
  3. Memecahkan masalah dengan mengarahkan pendapat dan solusi masalah klien ke arah logika dan rasional.
  4. Memasukkan dalam jadwal harian klien.
- e) SP. 1 keluarga (Resiko bunuh diri)
1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
  2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala resiko bunuh diri dan jenis perilaku bunuh diri yang dialami klien beserta proses terjadinya.
  3. Menjelaskan cara-cara merawat klien resiko bunuh diri.

- f) SP. 2 keluarga (Resiko bunuh diri)
1. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan resiko bunuh diri.
  2. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat langsung kepada klien resiko bunuh diri.
- g) SP. 3 keluarga (Resiko bunuh diri)
1. Membantu keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*)
  2. Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang.
- h) SP. 1 pasien (Harga diri rendah kronik)
1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek yang dimiliki klien.
  2. Membantu klien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan.
  3. Membantu klien memilih atau menetapkan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan klien.
  4. Melatih klien sesuai dengan kemampuan yang dipilih.
  5. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan klien.
  6. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- i) SP. 2 pasien (Harga diri rendah kronik)
1. Mengevaluasi jadwal kegiatan (SP. 1 pasien)
  2. Melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan klien.
  3. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian.

## j) SP. 1 keluarga (Harga diri rendah kronik)

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien dirumah.
2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yang dialami klien beserta proses terjadinya.
3. Menjelaskan cara-cara merawat klien dengan harga diri rendah.
4. Mendemonstrasikan cara merawat klien dengan harga diri rendah.
5. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk mempraktekkan cara merawat klien dengan harga diri rendah.

## k) SP. 2 keluarga (Harga diri rendah kronik)

- 1) Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat langsung kepada klien dengan harga diri rendah.

## m) SP. 3 keluarga (Harga diri rendah kronik)

1. Membuat perencanaan pulang bersama keluarga dan membuat jadwal aktifitas dirumah termasuk minum obat (*discharge planning*)
2. Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang.

**D. Konsep RUFA Resiko Bunuh Diri**

Tabel 1.3 Konsep RUFA resiko Bunuh Diri

NO	Respon	Skor		
		1-10	11-20	21-30
2	Verbal	<input type="checkbox"/> Bicara kasar <input type="checkbox"/> Intonasi tinggi <input type="checkbox"/> Menghina orang lain	Bicara kasar <input type="checkbox"/> Intonasi sedang <input type="checkbox"/> Menghina orang lain	Intonasi sedang <input type="checkbox"/> Menghina orang lain

1.	Perilaku	<input type="checkbox"/> Melukai diri sendiri / orang lain. <input type="checkbox"/> Merusak lingkungan <input type="checkbox"/> Mengamuk <input type="checkbox"/> Menentang <input type="checkbox"/> Mengancam <input type="checkbox"/> Mata melotot	<input type="checkbox"/> Menentang <input type="checkbox"/> Mengancam <input type="checkbox"/> Mata melotot	<input type="checkbox"/> Menentang
		<input type="checkbox"/> Menuntut <input type="checkbox"/> Berdebat	<input type="checkbox"/> Menuntut <input type="checkbox"/> Berdebat	Berdebat
3	Emosi	<input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Marah – marah <input type="checkbox"/> Dendam <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman	<input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Dendam <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman	<input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman
4	Fisik	<input type="checkbox"/> Muka merah <input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Nafas pendek <input type="checkbox"/> Keringat (+) <input type="checkbox"/> Tekanan darah meningkat	<input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Tekanan darah meningkat	<input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Tekanan darah menurun

### **E. Konsep Terapi Meditasi Ringan dengan *Mindfulness* (javanese 2000)**

Meditasi Ringan (relaksasi) ditujukan untuk melatih sugesti kita untuk menenangkan diri, membersihkan hati dan pikiran dari semua hal yang mengganggu atau membebani. Akan lebih baik bila meditasi ini juga disertai dengan musik lembut yang cocok untuk menenangkan diri. Lanjutkan dengan Meditasi Ringan untuk ketenangan hati sebagai berikut :

1. Duduklah santai dengan punggung ditegakkan, tetapi tidak tegang dan tidak juga terlalu santai.
2. Tangan diletakkan di atas paha dan terbuka menghadap ke atas.
3. Pejamkan mata. Dalam kondisi terpejam, pandangan mata diarahkan santai ke bawah.
4. Tariklah nafas panjang dari hidung dengan halus dan lepaskan juga dari hidung dengan halus. Lakukan dengan rileks.
5. Rasakan jalannya nafas. Rasakan detak jantung anda.
6. Tenangkan hati dan pikiran anda. Masa bodoh akan semua masalah anda. Masa bodoh akan lingkungan anda.
7. Sekalipun suasana tempat anda ramai, usahakan dapat mencari keheningan di dalam keramaian. (Bisa juga sambil berdoa / zikir)
8. Bayangkan anda sedang berada di alam pegunungan, tempat yang sejuk, tenang dan damai, tempat yang cocok untuk menyepi, Bayangkan suasananya yang sejuk dan damai, Bayangkan angin sepoi-sepoi menyejukkan wajah dan tubuh anda.

9. Bentangkan kedua tangan ke samping dan hiruplah udara segar dengan tarikan nafas halus dan panjang, dan sambil melepaskan nafas dengan halus lepaskan juga beban kepenatan anda menguap lewat kedua telapak tangan yang terbuka ke atas dan lewat seluruh pori-pori tubuh. (Lakukan dengan rileks. Rasakan jalannya nafas. Rasakan kesegaran alam yang sejuk dan damai. Bayangkan angin sepoi-sepoi menyejukkan wajah dan tubuh anda. Rasakan kesegarannya mengisi tubuh, hati dan pikiran anda, dan kepenatan anda menguap keluar)
10. Ulangi langkah-langkah di atas sampai anda dapat merasakan ketenangan dan keheningan dan bisa merasakan kesejukan pada tubuh anda sendiri.
11. Bagi anda yang memerlukan jawaban penyelesaian, bayangkan kembali masalah anda. Tetap rileks. Bayangkan kembali masalah anda. Biarkan ide dan ilham mengalir dalam pikiran anda. Biarkan ide dan ilham mengalir dalam pikiran anda sampai semua ide dan jawaban lengkap terkumpul.
12. Untuk penutup, bayangkan anda sedang berada di udara terbuka.
13. Bentangkan kedua tangan ke samping dan hiruplah udara bersih yang panjang beberapa kali dan rasakan energi alam yang segar mengisi tubuh, hati dan pikiran anda dan setelah itu anda merasa bersih, sehat dan segar dan siap kembali beraktivitas.

### **Terapi memejamkan mata dan meditasi ringan menggunakan musik**

Musik memiliki efek positif bagi perkembangan emosi seseorang. Demikianlah yang terungkap dari penelitian yang dilakukan Saarikallio dan Erkkila (2007), efek dari music dapat memberikan stimulasi dan meningkatkan *mood* dimanapun individu berada. Musik mampu memberikan eksplorasi mental dan

pelipur lara bagi pendengarnya, karena melalui musik, individu bisa berbagi beban emosi, pengalaman dan hubungan dengan orang lain.

Terapi memejamkan mata dan meditasi tidak selamanya monoton dengan teknik-teknik yang sudah ada selama ini dengan musik., terapi yang dikembangkan sebagian kelompok saat tidak bisa mendapatkan akses komunikasi atau media yang tidak dapat dijangkau, meditasi memberikan beberapa pilihan yaitu dengan suara terapis yang menstimulasi atau individu dengan membacakan do'a-do'a sesuai dengan keyakinannya dan diikuti individu itu sendiri (misal: pada agama islam membaca lafal dua kalimat syahadat, istighfar atau berzikir dengan alunan berirama berulang-ulang secara teratur sesuai yang individu bisa lakukan). Pada praktiknya meditasi dengan bersenandung, nyanyian, rapal atau bergumam ini akan menjadikan diri individu focus pada saat itu dan juga menjadi aktif dan tidak ada hubungan apapun dari luar.

Meditasi pada kenyataannya dengan diam lebih menunjang konsentrasi pada individu. Inilah yang menjadikan pikiran terjaga agar tidak memecahkan konsentrasi, selain itu ini akan menjadikan pernafasan lebih tenang dan dapat dikendalikan serta kemungkinan besar meditasi yang individu lakukan bisa lebih mendalam pada keadaan gangguan psikomatik / bioprikososial yang berhubungan dengan fisik dan mental.

Manfaat meditasi dengan suara sering dikaitkan dengan dengan praktik diam, bersila, meletakkan tangan diatas lutut, duduk tidak membungkuk. Tetapi meditasi dengan suara bermanfaat dan menambah elemen kesenangan. Selain itu juga membantu untuk untuk menjaga focus pikiran agar tidak berkeliaran kemana-mana.

### **Terapi Inovasi: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT)**

Terapi ini merupakan kombinasi terapi kognitif dengan teknik meditasi dan pengembangan mindfulness, yang dikembangkan oleh Segal, Williams dan Teasdale (2009). Terapi ini juga terbukti memiliki keuntungan untuk mengatasi stres, kekambuhan depresi, gangguan kecemasan, gangguan makan dan kecanduan alcoholic (Michalak, et all, 2015).

*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) (Segal, Williams dan Teasdale (2009) dalam Michalak, et all (2015). MBCT merupakan penggabungan dari terapi kognitif dengan melibatkan penggunaan *Mindfulness - Based Stress Reduction*.

1. Tujuan :Membantu klien mengatasi kecemasan
2. Membantu klien mengatasi kekambuhan depresi
3. Membantu klien mengatasi pikiran negative

Proses Pelaksanaan :

- 1) Bina Hubungan saling percaya
- 2) Jelaskan prosedur, posisi, tujuan, waktu, dan peran perawat sebagai pembimbing.
- 3) Anjurkan pasien mencari posisi yang nyaman
- 4) Lakukan pembimbingan yang baik terhadap pasien
  - a) Minta klien untuk memikirkan hal – hal yang menyenangkan atau pengalaman yang membantu penggunaan semua indera dengan suara yang lembut
  - b) Ketika klien rileks, klien berfokus pada bayangan dan saat itu perawat tidak perlu bicara lagi..

- c) Jika klien menunjukkan tanda-tanda agitasi, gelisah, atau tidak nyaman perawat harus menghentikan latihan dan memulainya lagi ketika klien telah siap.
- d) Relaksasi akan mengenai seluruh tubuh. Setelah 15 menit klien dan daerah ini akan digantikan dengan relaksasi. Biasanya klien rileks setelah menutup mata atau mendengarkan musik yang lembut sebagai background yang membantu.
- e) Catat hal-hal yang digambarkan klien dalam pikiran untuk digunakan pada latihan selanjutnya dengan menggunakan informasi spesifik yang diberikan klien dan tidak membuat perubahan pernyataan klien.

### **Tujuan *Mindfulness Meditation* untuk kesehatan secara umum**

Tubuh dan pikiran adalah satu kesatuan yang tidak terpisahkan. Keduanya saling mempengaruhi. Beberapa penelitian saat ini membuktikan bahwa hampir seluruh penyakit yang mengakibatkan stres atau yang mengindikasikan yang dicetuskan oleh stres/depresi. Saat individu mengalami stres kadar hormon kortisol dalam darah akan meningkat, dan akibatnya adalah tekanan darah meningkat, jantung berdetak lebih cepat, otot menjadi kaku, dan pencernaan akan terganggu.

Prof. Dr. Jon Kabat-Zinn, seorang professor Emeritus dari *University of Massachusetts Medical School*, membuat suatu program 8 minggu meditasi *Mindfulness* yang dinamakan *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)* dimana pasien-pasien akan diandu untuk belajar berbagai teknik meditasi selama 20 menit per hari. Dengan hasil 18.000 pasien yang terdiagnosis dengan penyakit fisik mendapatkan *feedback* penurunan gejala fisik sebesar 35% dan gejala

psikologis sebesar 40%. Berikut adalah MBSR dan MBCT research summary:  
Semua orang dapat melakukan *Mindfulness Meditation*. Kondisi kecacatan fisik bukanlah menjadi hambatan, yang terpenting individu tersebut masih dapat berkomunikasi secara jelas, koheren, dan sistematis.

**BAB III  
LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

**BAB IV  
ANALISA SITUASI**

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH  
KALIMANTAN TIMUR**

## BAB V

### PENUTUP

#### A Kesimpulan

Berdasarkan tujuan Karya Ilmiah Akhir-Ners yang telah dibuat maka dapat ditarik kesimpulan yaitu:

1. Hasil Analisa Kasus Kelolaan klien dengan resiko bunuh diri di ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dimana didapatkan pohon masalah yaitu Harga Diri rendah (sebagai penyebab), Resiko Bunuh Diri sebagai *core problem*, dan resiko perilaku kekerasan pada diri sendiri, orang lain lingkungan dan verbal sebagai *effect*.
2. Hasil Analisa Intervensi pemberian terapi inovasi memejamkan mata dan meditasi ringan dengan *mindfulness* yang diterapkan secara *continue* pada pasien dengan resiko bunuh diri diperoleh hasil dapat mengurangi atau menurunkan emosi labil atau mengurangi tingkat depresi dan meningkatkan harga diri dan menciptakan kesadaran pada diri sendiri untuk memecahkan masalah pada individu itu sendiri serta dapat membentuk pikiran yang terarah menuju masa depan yang distimulasikan bagi klien

#### B Saran

1. Bagi Perawat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan pada perawat yang akan menerapkan terapi ini sebagai tindakan keperawatan dalam menangani pasien dengan resiko bunuh diri. Serta diharapkan perawat sebagai terapis mampu memaksimalkan peran dan fungsi sebagai pemberi asuhan dan

pendidikan bagi pasien dan dengan memberikan asuhan keperawatan secara komperhensif guna menciptakan mutu keperawatan yang optimal.

## 2. Rumah Sakit

Penelitian ini sebagai bahan masukan manajemen pengambilan kebijakan untuk terus mendukung terlaksananya pemberian asuhan keperawatan secara komperhensif guna terciptanya Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa (MPKP Jiwa) selain terapi generalis yang sudah diterapkan di Rumah sakit dan bisa dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk menjadikan teknik Terapi Meditasi Ringan dengan *Mindfulness* sebagai salah satu terapi pendamping untuk mengatasi masalah pada pasien resiko bunuh diri dan harga diri rendah kronis.

## 3. Institusi Pendidikan

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan hasil penelitian ini dengan melakukan penelitian yang lebih baik dan sesuai dengan SPO (Standar Prosedur Operasional). Dan dapat mengembangkan teknik yang sudah ada menjadi lebih inovasi dan sesuai dengan norma dan etika dalam pelaksanaannya.

## 4. Peneliti

Disarankan bagi penulis selanjutnya agar dapat melakukan pembahasan lebih lanjut mengenai keefektifan teknik inovasi terapi memejamkan mata dan meditasi ringan dengan *mindfulness* terhadap resiko bunuh diri an harga diri rendah kronis. Dan dapat menjadi referensi dan masukan dalam melakukan penelitian lainnya yang berhubungan dengan teknik terapi meditasi ringan dengan *mindfulness* dan pengaruhnya terhadap penurunan

rencana/ide-ide bunuh diri dan pikiran/persepsi negative pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan Resiko Bunuh Diri dan harga diri rendah kronis atau gangguan depresi lainnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2002). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi Vi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Hurlock, E. B (1997). *Psikologi Perkembangan* (Alih bahasa oleh Istiwidayanti dan Soedjarwo). Jakarta Erlangga.
- Kabat Zinn J. *Full Catastrophe Living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Newyork (NY): Dell Publishing, 1990.
- Keliat. (2009). *Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC
- Nasir, A &Muhith, A. (2011). *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta :Salemba Medika.
- RISKESDAS (Riset Kesehatan Dasar), (2015). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Segal ZV, William JMG, Teasdale JD. *Mindfulness Based Vognitive Therapy of Depression. A new approach to preventing relapse*: Guildford Press 2002. P69-75.
- Stuart, G.W., &Sundeen, S. J. (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*.Penerbit EGC. Jakarta.
- Stuart. (2013). *Principles and Practice of psychiatric nursing.10<sup>th</sup> edition*. St Louis: Elsevier Mosby
- Survei Indikator Mutu IRNA. (2018). Data mutu keperawatan Instalasi Rawat Inap periode tahun 2018. Samarinda: RSJD Atma Husada Mahakam.
- Susanah. S. A & Hendarsih, S (2014) *Terapi modalitas :Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Jakarta : EGC
- Svami Satya Narayana (2009). *Meditasi ringan sebagai terapi ntuk keseimba. \_ mental dan ketenangan jiwa*.
- Triantoro, dkk.(2009). *Manajemen Emosi*. Jakarta: Bumi Aksara
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa disertai Penjelasannya. (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun

2014 Nomor 185. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5571).

Undang-Undang Republik Indonesia No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa

Varcarolis, et. al. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. 5th Edition*. USA: Saunders Elsevier

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

Wiramihardja, S. A. (2005). *Pengantar Psikologi Abnormal*. Bandung: PT. Refika Aditama.

*World Health Organization (WHO) 2017*. Survey gangguan mental dan gangguan depresi di Negara menengah, berpenghasilan rendah.

Yosep, I. (2009). *Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT. Refika Aditama.

Yusuf, dkk. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

