

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan gangguan komunikasi, gangguan realitas, afek tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif (halusinasi atau waham) serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktifitas sehari – hari (Pardede, 2019). Menurut Budiarto (2021) skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan perilaku, pikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru afek yang datar atau tidak sesuai, dan berbagai gangguan aktifitas motorik yang bizzare (perilaku aneh), pasien skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi.

2. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada pasien dengan resiko bunuh diri meliputi : Melakukan ancaman untuk bunuh diri, sudah pernah mencoba bunuh diri sebelumnya, mengalami depresi seperti perasat putus asa, harga diri rendah, dan cenderung menyalahkan diri sendiri, terjadi peristiwa kehilangan dalam kehidupannya seperti kehilangan anggota keluarga, binatang peliharaan ataupun kekasih akibat kematian, perceraian, diabaikan atau putusnya suatu hubungan, mendapat tekanan dalam hidup dan kurang adanya afeksi dan dukungan emosional dari orang di sekitarnya,

gangguan tidur, kebersihan diri dan kebiasaan makan, hilangnya minat secara tiba – tiba terhadap aktivitas yang disukai atau aktivitas menjadi rutinitas, terjadi pola perubahan tingkah laku yang dramatis yaitu seseorang yang periang secara tiba – tiba menjadi pemurung dan penyendiri, menarik diri dari lingkungan sekitar, merasa disingkirkan oleh orang yang berarti (Tombokan, 2021).

Menurut Amimi,dkk (2020) tanda dan gejala skizofrenia secara general dibagi menjadi 2 (dua) , yaitu gejala positif dan negatif.

a. Gejala Positif atau Gejala Nyata

Gejala positif skizofrenia antara lain :

- 1) Halusinasi : Persepsi sensori yang salah atau pengalaman yang tidak terjadi dalam realitas.
- 2) Waham : Keyakinan yang salah dan dipertahankan yang tidak memiliki dasar dalam realitas.
- 3) Ekopraksia : Peniruan gerakan dan gestur orang lain yang diamati klien.
- 4) *Flight of Ideas* : Aliran verbalisasi yang terus – menerus saat individu melompat dari suatu topik ke topik lain dengan cepat.
- 5) Perseverasi : Terus menerus membicarakan satu topik atau gagasan ; pengulangan kalimat, kata, atau frasa secara verbal dan menolak untuk mengubah topik tersebut.
- 6) Asosiasi Longgar : Pikiran atau gagasan yang terpecah – pecah atau buruk.
- 7) Gagasan Rujukan : Kesan yang salah bahwa peristiwa eksternal memiliki makna khusus bagi individu.
- 8) Ambivalensi : Mempertahankan keyakinan atau perasaan yang tampak kontradiktif tentang individu, peristiwa, situasi yang sama.

b. Gejala Negatif atau Gejala Samar

Gejala negatif skizofrenia antara lain :

- 1) Apati : Perasaan tidak peduli terhadap individu, aktivitas, dan peristiwa.
- 2) Alogia : Kecenderungan berbicara sedikit atau menyampaikan sedikit substansi makna .
- 3) Afek Datar : Tidak adanya ekspresi wajah yang akan menunjukkan emosi atau *mood*.
- 4) Afek Tumpul : Rentang keadaan perasaan emosional atau *mood* yang terbatas.
- 5) Anhedonia : Merasa tidak senang atau tidak gembira dalam menjalani hidup, aktivitas atau hubungan.
- 6) Katatonia : Imobilitas karena faktor psikologis, kadang kala ditandai oleh periode agitasi atau gembira, klien tampak tidak bergerak, seolah – olah dalam keadaan setengah sadar.
- 7) Tidak memiliki kemauan : Tidak adanya keinginan, ambisi, atau dorongan untuk bertindak atau melakukan tugas – tugas.

3. Klasifikasi

Menurut Istichomah (2019) skizofrenia diklasifikasikan sebagai berikut :

a) Skizofrenia tipe paranoid (F20,0)

Merupakan subtipe yang paling utama dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya dimana individu dikejar – kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya.

b) Skizofrenia tipe disorganisasi (F20,1)

Tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, perilaku hampa tujuan dan perasaan, afek tidak wajar, senyum dan ketawa sendiri, proses berpikir disorganisasi dan pembicaraan inkoheren.

c) Skizofrenia tipe katatonik (F20,2)

Gambaran perilakunya yaitu stupor (kehilangan semangat), gaduh, gelisah, menampilkan posisi tubuh tidak wajar, negativisme (perlawanan), rigiditas (posisi tubuh kaku), fleksibilitas area, mematuhi perintah otomatis dan pengulangan kalimat tidak jelas.

d) Skizofrenia tipe tak terinci (F20,3)

Mempunyai halusinasi, waham dan gejala psikosis aktif yang menonjol (misal kebingungan, inkoheren) atau memenuhi kriteria skizofrenia tetapi tidak dapat digolongkan pada tipe paranoid, katatonik, hebefrenik, residual dan depresi pasca skizofrenia.

e) Depresi pasca skizofrenia (F20,4)

Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi sedikitnya kriteria untuk suatu episode depresif dan telah ada sedikit 2 minggu.

f) Skizofrenia tipe residual (F20,5)

Gejala negatif menonjol (psikomotorik lambat, aktivitas turun, berbicara kacau), riwayat psikotik (halusinasi dan waham) dan tidak terdapat gangguan mental organik.

- g) Skizofrenia tipe simpleks (F20,6)

Gejala utama adalah kadangkala emosi dan kemunduran kemauan. Kurang memperhatikan keluarga atau menarik diri, waham dan halusinasi jarang terjadi serta timbulnya perlahan – lahan.

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui penyebab dari skizofrenia (Stuart, 2015), yaitu:

- a. Pemeriksaan darah dan urine, untuk melihat kemungkinan infeksi serta penyalahgunaan alkohol dan NAPZA.
- b. EEG (elektroensefalogram), yaitu pemeriksaan aktivitas listrik otak untuk melihat apakah perilaku kekerasan disebabkan oleh epilepsi.
- c. Pemindaian CT scan dan MRI, untuk mendeteksi stroke serta kemungkinan adanya cedera atau tumor di otak.

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diagnosa medis skizofrenia, yaitu:

- a. Psikofarmakologi

Menurut Hawari (2017) jenis obat psikofarmaka, dibagi dalam 2 golongan yaitu:

- 1) Golongan generasi pertama (*typical*)

Obat yang termasuk golongan generasi pertama, misalnya: Chlorpromazine HCL (Largactil, Promactil, Meprosetil), Trifluoperazine HCL (Stelazine), Thioridazine HCL (Melleril), dan Haloperidol (Haldol, Govotil, Serenace).

2) Golongan kedua (*atypical*)

Obat yang termasuk generasi kedua, misalnya: Risperidone (Risperdal, Rizodal, Noprenia), Olonzapine (Zyprexa), Quetiapine (Seroquel), dan Clozapine (Clozaril).

b. Psikoterapi

Terapi kejiwaan atau psikoterapi pada klien, baru dapat diberikan apabila klien dengan terapi psikofarmaka sudah mencapai tahapan dimana kemampuan menilai realitas sudah kembali pulih dan pemahaman diri sudah baik. Psikoterapi pada klien dengan gangguan jiwa adalah berupa terapi aktivitas kelompok (TAK).

c. Terapi somatik

Beberapa jenis terapi somatik, yaitu:

1) Restrain

Restrain adalah terapi dengan menggunakan alat-alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien (Riyadi dan Purwanto, 2015).

2) Seklusi

Seklusi adalah bentuk terapi dengan mengurung klien dalam ruangan khusus (Riyadi dan Purwanto, 2015).

3) Foto therapy atau terapi cahaya

Foto terapi atau sinar adalah terapi somatik pilihan. Terapi ini diberikan dengan memaparkan klien sinar terang (5-20 kali lebih terang dari sinar ruangan) (Riyadi dan Purwanto, 2015).

4) ECT (*Electro Convulsif Therapie*)

ECT adalah suatu tindakan terapi dengan menggunakan aliran listrik dan menimbulkan kejang pada penderita baik tonik maupun klonik (Riyadi dan Purwanto, 2015).

d. Rehabilitasi

Rehabilitasi merupakan suatu kelompok atau komunitas dimana terjadi interaksi antara penderita dan dengan para pelatih (sosialisasi), pada masa rehabilitasi ini juga pasien dapat diberikan terapi nafas dalam.

B. Resiko Perilaku Bunuh Diri

1. Definisi

Resiko bunuh diri merupakan tindakan melukai diri sendiri dengan sengaja untuk mengakhiri hidupnya. Orang dengan gangguan jiwa memiliki resiko lebih tinggi dalam percobaan bunuh diri karena individu lebih sering berperilaku impulsif dan agresif dan dirinya sendiri (Hidayati dkk, 2021)

2. Faktor Resiko

Faktor resiko menurut PPNI (2019) yaitu :

- a. Gangguan perilaku (misalnya euforia mendadak setelah depresi, perilaku mencari senjata berbahaya, membeli obat dalam jumlah banyak, membuat surat warisan)
- b. Demografi (misalnya lansia, status perceraian, janda/duda, ekonomi rendah, pengangguran)
- c. Gangguan fisik (misalnya nyeri kronis, penyakit terminal)
- d. Masalah sosial (misalnya berduka, tidak berdaya, putus asa, kesepian, kehilangan hubungan yang penting, isolasi sosial)

e. Gangguan psikologis (misalnya penganiayaan masa kanak – kanak, riwayat bunuh diri sebelumnya, remaja homoseksual, gangguan psikiatrik, penyakit psikiatrik, penyalahgunaan zat).

Menurut Purbaningsih (2019) tindakan bunuh diri seseorang disebabkan oleh dua faktor yaitu :

a. Faktor Internal

Faktor internal meliputi :

1) Faktor Biologi

Dalam hal riwayat keluarga, individu dengan riwayat bunuh diri juga lebih mungkin memiliki penyakit mental dan pernah mencoba bunuh diri atau pernah bunuh diri daripada individu tanpa riwayat keluarga bunuh diri.

2) Gangguan Jiwa

Sekitar 90% kasus bunuh diri mengalami gangguan jiwa. Diantara mereka, bunuh diri yang disebabkan oleh depresi atau episode depresi dari gangguan bipolar dan skizofrenia menyumbang setidaknya setengah dari total kejadian dan merupakan gangguan mental paling umum yang menyebabkan bunuh diri.

3) Karakteristik Kepribadian

Sebuah studi menunjukkan bahwa dengan mengontrol kesehatan, keramahan, keterbukaan, tanggung jawab dan ekstrovertasi menurunkan risiko bunuh diri diperkirakan menjadi 56,7%

4) Faktor Kognitif

Penelitian menyatakan bahwa individu yang mengalami mencoba bunuh diri, memiliki tingkat kekakuan kognitif (kecenderungan bertahan, ketidakmampuan

mengubah kebiasaan, konsep dan sikap setelah dikembangkan) yang lebih tinggi daripada individu yang tidak pernah mencoba bunuh diri.

5) Faktor Prilaku

Sikap seseorang yang semakin tegas setuju dengan perilaku bunuh diri, maka semakin kuat pula keinginan untuk bunuh diri

b. Faktor Eksternal

1) Pengalaman Hidup Yang Negatif

Model teori stres menunjukkan bahwa stres adalah salah satu penyebab munculnya keinginan untuk bunuh diri

2) Faktor Keluarga

Faktor keluarga berdampak besar pada bunuh diri. Seperti, pengalaman pelecehan masa kanak – kanak atau pengalaman yang terabaikan, stabilitas keluarga dan gaya pengasuhan keluarga juga dapat mempengaruhi ide bunuh diri.

3) Faktor Sosial dan Lingkungan

Media sosial dan forum memiliki potensi yang besar dalam mempopulerkan dan intervensi pengetahuan tentang bunuh diri

4) Faktor Kebudayaan

Suasana budaya yang kuat dapat mempengaruhi ide bunuh diri dengan mempengaruhi sikap individu terhadap bunuh diri

3. Penatalaksanaan Resiko Bunuh Diri

Menurut PPNI (2018) penatalaksanaan resiko bunuh diri dengan intervensi utama pencegahan bunuh diri adalah :

- a) Observasi
 - 1) Identifikasi gejala resiko bunuh diri (mis. Gangguan mood, halusinasi, delusi, panik, penyalahgunaan zat, kesedihan, gangguan kepribadian)
 - 2) Identifikasi keinginan dan pikiran rencana bunuh diri
 - 3) Monitor lingkungan bebas bahaya secara rutin (mis. Barang pribadi, pisau cukur, jendela)
 - 4) Monitor adanya perubahan mood atau perilaku
- b) Terapeutik
 - 1) Libatkan dalam perencanaan perawatan mandiri
 - 2) Libatkan keluarga dalam perencanaan perawatan
 - 3) Lakukan pendekatan langsung dan tidak menghakimi saat membahas bunuh diri
 - 4) Berika lingkungan dengan pengamanan ketat dan mudah dipantau (mis. Tempat tidur dekat ruang perawat)
 - 5) Tingkatkan pengawasan pada kondisi tertentu (mis. Rapat staf, pergantian shif)
 - 6) Lakukan intervensi perlindungan (mis. Pembatasan area, pengekangan fisik) jika perlu
 - 7) Hindari diskusi berulang tentang bunuh diri sebelumnya, diskusi berorientasi pada masa sekarang dan masa depan
 - 8) Diskusikan rencana menghadapi ide bunuh diri di masa depan (mis. orang yang dihubungi, kemana mencari bantuan)
 - 9) Pastikan obat ditelan
- c) Edukasi

- 1) Anjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami kepada orang lain
 - 2) Anjurkan menggunakan sumber pendukung (mis. Layanan spiritual , penyedia layanan)
 - 3) Jelaskan tindakan pencegahan bunuh diri kepada keluarga atau orang terdekat
 - 4) Informasikan sumber daya masyarakat dan program tersedia
 - 5) Latih pencegahan resiko bunuh diri (mis. latihan asertif, relaksasi otot progresif)
- d) Kolaborasi
- a. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, atau antipsikotik, sesuai indikasi
 - b. Kolaborasi tindakan keselamatan kepada PPA
 - c. Rujuk ke pelayanan kesehatan mental, jika perlu.

Berdasarkan uraian diatas maka teknik yang dapat digunakan untuk mencegah terjadinya perilaku bunuh diri adalah dengan menggunakan terapi *Guided Imagery*. Alasan menggunakan terapi *Guided Imagery* karena terapi ini dapat mengurangi konsumsi oksigen dalam tubuh, metabolisme, pernapasan, tekanan darah sistolik, kontraksi ventricular prematur dan ketegangan otot, menurunkan hormon kortisol. Gelombang alpha otak meningkatkan hormon endorfin yang membuat nyaman, tenang, bahagia dan meningkatkan imunitas sekuler (Saputri & Rahayu, 2020). Terapi *Guided Imagery* berprogram dengan mengarahkan pikiran dengan memandu imajinasi seseorang terhadap situasi santai, fokus pada kondisi untuk mengurangi stres dan meningkatkan kenyamanan dan suasana hati (Saifudin & Zakiah, 2018).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Saputri & Rahayu (2020) tentang pengaruh terapi *Guided Imagery* terhadap resiko bunuh diri pasien dengan depresi

berat, didapatkan sebuah hasil dari 2 sampel yang digunakan. Pada sampel 1 ditemukan skor resiko bunuh diri 14 (resiko tinggi) dan pada sampel 2 dengan skor resiko bunuh diri sebesar 11 (resiko tinggi), kemudian setelah diberikan terapi *Guided Imagery* dilakukan skoring kembali didapatkan hasil pada sampel 1 dengan skor 3 dan sampel 2 dengan skor 3. Dalam penelitian tersebut juga dijelaskan bahwa terapi *Guided Imagery* dapat dilakukan setiap hari selama 15 menit, untuk hasil yang maksimal dapat diberikan selama 14 kali berturut – turut.

Adapun SOP terapi *Guided Imagery* adalah sebagai berikut :

Tabel 1
SOP Terapi *Guided Imagery*
Pada Pasien Risiko Bunuh Diri

Terapi Relaksasi <i>Guided Imagery</i>	
No	Prosedur
A	Pengertian
	Guided imagery adalah relaksasi yang membuat perasaan serta pikiran rileks, tenang dan senang dengan membayangkan sesuatu hal seperti lokasi, seseorang atau suatu kejadian yang membahagiakan.
B	Tujuan
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan relaksasi otot. 2. Mengurangi stres, baik stres fisik maupun emosional. 3. Membantu menurunkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot dan ansietas (kecemasan).
C	Prosedur
1	Persiapan
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan kontrak waktu dengan pasien sesuai indikasi 2. Mempersiapkan lingkungan yang nyaman dan aman bagi pasien
2	Orientasi
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam terapeutik 2. Menanyakan perasaan pasien saat ini

-
3. Menjelaskan tujuan kedatangan
 4. Menjelaskan tujuan terapi, manfaat terapi dan prosedur tindakan
-

3 Kerja

1. Pandu pasien memilih tempat yang nyaman
 2. Instruksikan klien untuk memilih posisi yang nyaman (berbaring atau duduk)
 3. Anjurkan klien untuk bernapas secara perlahan dan teratur selama terapi *guided imagery*.
 4. Anjurkan klien untuk menarik dan menghembuskan napas secara rileks selama terapi *guided imagery*
 5. Pandu pasien untuk menggunakan panca indranya dengan rileks dan nyaman
 6. Pandu pasien untuk mendengarkan musik instrumen dan arahan terapi *Guided Imagery*
 7. Pandu pasien untuk merasakan hembusan angin yang menyentuh kulit
 8. Anjurkan klien untuk memejamkan mata selama terapi *guided imagery*.
 9. Anjurkan klien mengimajinasikan sebuah tempat yang indah saat mendengarkan instruksi yang didengarkan lewat *tape recorder* terapi *guided imagery*.
-

4 Terminasi

1. Menanyakan perasaan pasien setelah diberikan terapi
 2. Memberi pujian atas keberhasilan terapi
 3. Mengevaluasi upaya pasien dalam menerapkan terapi *Guided Imagery*
 4. Menganjurkan kepada pasien untuk menerapkan terapi setiap hari
-

Sumber : Rahayu (2022)

C. Asuhan Keperawatan Resiko Bunuh Diri

1. Pengkajian

Pengkajian Keperawatan merupakan suatu proses pengumpulan data yang berisikan tentang informasi klien yang dilakukan secara sistematis untuk menemukan masalah dan kebutuhan keperawatan klien. Menurut Bulan (2017) pengkajian keperawatan ini dimulai sejak klien masuk ke rumah sakit (*initial*

assessment) , saat pasien dirawat secara terus menerus (*ongoing assessment*) dan serta pengkajian ulang guna melengkapi data klien (*reassessment*).

Hal – hal yang perlu dikaji pada pasien skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Identitas

b. Keluhan utama

Keluhan utama biasanya yang menyebabkan pasien harus dirawat di rumah sakit seperti ketidakmampuan pasien dalam mengontrol emosinya

c. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi ini biasanya berkaitan etiologi dari skizofrenia.

d. Psikososial

1) Genogram

Apabila dalam suatu keluarga ada yang mengidap skizofrenia, ada kemungkinan anaknya 7-16% skizofrenia, apabila keduanya menderita 40-68%, pada saudara tiri kemungkinan 0,9-1,8%, dan pada saudara kembar 2-15%, serta saudara kandung 7-15% (Amimi , dkk, 2020).

2) Konsep diri

Kurangnya atau dangkalnya kontrol emosi pada klien dapat mempengaruhi pada konsep diri klien.

3) Hubungan sosial

Pada pasien skizofrenia memiliki kecenderungan berperilaku menarik diri dari orang lain, lebih senang melamun dan menyendiri, sedikit bicara dan sedikit makna.

4) Spiritual

Kemauan untuk melakukan aktivitas spiritual sesuai keyakinan biasanya menurun bahkan hampir tidak pernah lagi melakukan kegiatan beribadah.

5) Status mental

a) Penampilan diri

Pasien dengan skizofrenia biasanya terlihat lesu, penampilan tidak terawat, kotor, rambut acak acakan. Hal tersebut timbul karena menurunnya kemauan klien untuk melakukan perawatan diri

b) Pembicaraan

Cenderung akan terjadi pembicaraan satu arah, pasien akan bersikap apatis dengan lawan bicara.

c) Aktivitas motorik

Pasien cenderung tidak memiliki ambisi atau gairah saat melakukan aktivitas, lebih sering tampak diam seperti setengah sadar.

d) Emosi

Pasien cenderung memiliki emosi yang dangkal.

e) Afek

Pasien biasanya cenderung memiliki afek datar atau tumpul

f) Interaksi selama wawancara

Pasien cenderung tidak kooperatif, kontak mata tidak fokus kepada lawan bicara, dan ingin segera mengakhiri wawancara.

g) Persepsi

Pada pasien skizofrenia biasanya mengalami halusinasi dan waham

h) Proses berfikir

Pasien cenderung memiliki proses berfikir *flight of idea*.

i) Kesadaran

j) Memori

Pasien cenderung hanya mengingat satu topik atau gagasan dan akan terus mengingat dan membicarakan itu saja.

k) Kemampuan penilaian

Pasien cenderung tidak mampu mengambil keputusan secara tepat, ini dikarenakan proses berpikir yang tidak terarah.

l) Tilik Diri

Tidak ada yang khas.

e. Kebutuhan sehari-hari

Terjadi penurunan gairah atau ambisi untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti, makan, minum, merawat diri, BAB/BAK.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI 2016).

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau beresiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarah ke pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis keperawatan Risiko Bunuh Diri termasuk ke diagnosis negatif yang tidak memiliki tanda dan gejala akan tetapi memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan (PPNI, 2016).

Faktor risiko pada risiko bunuh diri yaitu, gangguan perilaku (misalnya euforia mendadak setelah depresi, perilaku mencari senjata berbahaya, membeli obat dalam jumlah banyak, membuat surat warisan), demografi (misalnya lansia, status perceraian, janda/duda, ekonomi rendah, pengangguran), gangguan fisik (misalnya nyeri kronis, penyakit terminal), masalah sosial (misalnya berduka, tidak berdaya, putus asa, kesepian, kehilangan hubungan yang penting, isolasi sosial) dan gangguan psikologis (misalnya penganiayaan masa kanak – kanak, riwayat bunuh diri sebelumnya, remaja homoseksual, gangguan psikiatrik, penyakit psikiatrik, penyalahgunaan zat).

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian penentuan langkah – langkah keperawatan guna mengatasi masalah kesehatan yang dialami oleh klien. Perencanaan keperawatan terdiri dari standar luaran (*outcome*) dan standar intervensi.

Standar luaran (*outcome*) merupakan aspek – aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan dibagi menjadi dua, yaitu luaran negatif dan luaran positif. Luaran negatif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, sehingga penetapan luaran ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan. Sedangkan luaran positif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran ini mengarahkan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki (PPNI 2018).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment atau tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Komponen intervensi keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu label, definisi, dan tindakan. Label adalah nama dari intervensi keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan. Definisi adalah komponen yang menjelaskan mengenai makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Tabel 2**Intervensi Keperawatan Risiko Bunuh Diri**

Waktu	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5
Kamis, 7 April 2022 Pukul 10.00 WITA	Risiko Bunuh Diri Faktor Risiko : 1) Gangguan perilaku (misalnya euforia mendadak setelah depresi, perilaku mencari senjata berbahaya, membeli obat dalam jumlah banyak, membuat surat warisan) 2) Demografi (misalnya lansia, status perceraian, janda/duda, ekonomi rendah, pengangguran) 3) Gangguan fisik (misalnya nyeri kronis, penyakit terminal)	Setelah dilakukan 14 kali kunjungan dalam 30 menit dihaparkan kontrol diri pasien meningkat dengan kriteria hasil : 1) Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2) Verbalisasi umpatan menurun 3) Perilaku menyerang menurun 4) Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 5) Perilaku agresif/amuk menurun 6) Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun	Pencegahan Bunuh Diri Observasi 1) Identifikasi gejala resiko bunuh diri (mis. Gangguan mood, halusinasi, delusi, panik, penyalahgunaan zat, kesedihan, gangguan kepribadian) 2) Identifikasi keinginan dan pikiran rencana bunuh diri 3) Monitor lingkungan bebas bahaya secara rutin (mis. Barang pribadi, pisau cukur, jendela) 4) Monitor adanya perubahan mood atau perilaku	Pencegahan Bunuh Diri 1) Untuk melindungi pasien dari percobaan bunuh diri 2) Untuk melindungi pasien dari isyarat bunuh diri 3) Untuk meningkatkan harga diri pasien risiko bunuh diri 4) Untuk meningkatkan kemampuan dalam menyelesaikan masalah pada pasien risiko bunuh diri 5) Untuk mengajarkan keluarga pasien tentang

4) Masalah sosial (misalnya berduka, tidak berdaya, putus asa, kesepian, kehilangan hubungan yang penting, isolasi sosial)	7) Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun	Terapeutik 1) Libatkan dalam perencanaan perawatan mandiri	cara merawat anggota keluarga dengan risiko bunuh diri
5) Gangguan psikologis (misalnya penganiayaan masa kanak – kanak, riwayat bunuh diri sebelumnya, remaja homoseksual, gangguan psikiatrik, penyakit psikiatrik, penyalahgunaan zat).	8) Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun 9) Verbalisasi rencana bunuh diri menurun 10) Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun 11) Perilaku merencanakan bunuh diri menurun 12) Euforia menurun 13) Alam perasaan depresi menurun	2) Libatkan keluarga dalam perencanaan perawatan 3) Lakukan pendekatan langsung dan tidak menghakimi saat membahas bunuh diri 4) Berikan lingkungan dengan pengamanan ketat dan mudah dipantau (mis. tempat tidur dekat ruang perawat) 5) Tingkatkan pengawasan pada kondisi tertentu (mis. Rapat staf, pergantian shif) 6) Lakukan intervensi perlindungan (mis. Pembatasan area, pengekangan fisik) jika perlu 7) Hindari diskusi berulang tentang bunuh diri	

1	2	3	4	5
			<p>sebelumnya,</p> <p>diskusi berorientasi pada masa sekarang dan masa depan</p> <p>8) Diskusikan rencana menghadapi ide bunuh diri di masa depan (mis.orang yang dihubungi, kemana mencari bantuan)</p> <p>9) Pastikan obat ditelan</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami kepada orang lain</p> <p>2) Anjurkan menggunakan sumber pendukung (mis. Layanan spiritual , penyedia layanan)</p> <p>3) Jelaskan tindakan pencegahan bunuh diri kepada keluarga atau orang terdekat</p> <p>4) Informasikan sumber daya</p>	10)

masyarakat dan
program tersedia
5) Latih
pencegahan resiko
bunuh diri (mis.
latihan asertif,
relaksasi otot
progresif)
Kolaborasi
1) Kolaborasi
pemberian obat
antiansietas, atau
antipsikotik, sesuai
indikasi
2) Kolaborasi
tindakan
keselamatan kepada
PPA
3) Rujuk ke
pelayanan
kesehatan mental,
jika perlu.

Sumber : Standar Luaran Keperawatan Indonesia dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap seorang perawat mengaplikasikan intervensi keperawatan yang telah disusun untuk mencapai luaran (*outcome*) yang telah ditetapkan. Tindakan implementasi mencakup observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Bulan, 2017). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien pada saat

ini. Hubungan saling percaya antara perawat dengan klien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

Tabel 3
Implmentasi Keperawatan Risiko Bunuh Diri

Waktu	Implemntasi	Respon	Paraf
1	2	3	4
<p>Hari, tanggal, tahun dan pukul diberikan implementasi</p>	<p>1) Identifikasi gejala resiko bunuh diri (mis. Gangguan mood, halusinasi, delusi, panik, penyalahgunaan zat, kesedihan, gangguan kepribadian)</p> <p>2) Identifikasi keinginan dan pikiran rencana bunuh diri</p> <p>3) Monitor lingkungan bebas bahaya secara rutin (mis. Barang pribadi, pisau cukur, jendela)</p> <p>4) Monitor adanya perubahan mood atau perilaku</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Libatkan dalam perencanaan perawatan mandiri</p> <p>2) Libatkan keluarga dalam perencanaan perawatan</p> <p>3) Lakukan pendekatan langsung dan tidak menghakimi saat membahas bunuh diri</p> <p>4) Hindari diskusi berulang tentang bunuh diri sebelumnya, diskusi berorientasi pada masa sekarang dan masa depan</p> <p>5) Diskusikan rencana menghadapi ide bunuh diri di</p>	<p>Respon dari pasien setelah diberikan tindakan berupa data subjektif dan objektif</p>	<p>Bukti tindakan sudah diberikan dengan dilengkapi nama terang</p>

1	2	3	4
	<p>masa depan (mis.orang yang dihubungi, kemana mencari bantuan)</p> <p>6) Pastikan obat ditelan</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami kepada orang lain</p> <p>2) Anjurkan menggunakan sumber pendukung (mis. Layanan spiritual , penyedia layanan)</p> <p>Jelaskan tindakan pencegahan bunuh diri kepada keluarga atau orang terdekat</p> <p>3) Informasikan sumber daya masyarakat dan program tersedia</p> <p>4) Latih pencegahan resiko bunuh diri (mis. latihan asertif, relaksasi otot progresif)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, atau antipsikotik, sesuai indikasi</p> <p>2) Kolaborasi tindakan keselamatan kepada PPA Rujuk ke pelayanan kesehatan mental, jika perlu.</p>		

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

5. Evaluasi Keperawatan

Penilaian terakhir dalam proses asuhan keperawatan didasarkan pada luaran (*outcome*) yang sudah ditetapkan. Evaluasi keperawatan merupakan proses berkelanjutan untuk menilai hasil dari implementasi keperawatan yang sudah diberikan kepada klien (Bulan, 2017). Menurut PPNI (2018) evaluasi keperawatan dapat dilakukan dengan acuan SOAP meliputi, subjektif (S) merupakan respons subjektif dari klien terhadap implementasi keperawatan yang telah diberikan, objektif (O) merupakan data dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat, analisa ulang (A) merupakan kumpulan data subjektif dan objektif yang menggambarkan masalah teratasi atau belum, dan perencanaan (P) merupakan tindakan selanjutnya yang akan dilaksanakan berdasarkan analisis sebelumnya.

Tabel 4
Evaluasi Keperawatan Risiko Bunuh Diri

Waktu	Evaluasi	Paraf
	S : Pasien mengatakan pikiran nya sudah lebih tenang, tidak ada ide untuk melakukan bunuh diri, pasien merasa bahagia	
	O : Tidak ada upaya bunuh diri, afek pasien normal, tidak ada perilaku menarik diri, pasien tampak lebih bergairah untuk hidup, frekuensi amuk menurun, depresi menurun.	
	A : Risiko Bunuh Diri tidak terjadi	
	P : Motivasi pasien untuk melakukan terapi relaksasi <i>Guided Imagery</i> 1x dalam sehari	

Sumber : Standar Luaran Keperawatan Indonesia