

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Risiko Bunuh Diri

2.1.1 Definisi

Resiko bunuh diri adalah resiko untuk mencederai diri sendiri yang dapat mengancam kehidupan. Bunuh diri merupakan kedaruratan psikiatri karena merupakan perilaku untuk mengakhiri kehidupannya (Saputri & Rahayu, 2020). Perilaku bunuh diri disebabkan karena stress yang tinggi dan berkepanjangan dimana individu gagal dalam melakukan mekanisme koping yang digunakan dalam mengatasi masalah (Mona et al., 2026). Beberapa alasan individu mengakhiri kehidupan adalah kegagalan untuk beradaptasi, sehingga tidak dapat menghadapi stress, perasaan terisolasi, dapat terjadi karena kehilangan hubungan interpersonal/gagal melakukan hubungan yang berarti, perasaan marah/bermusuhan, bunuh diri dapat merupakan hukuman pada diri sendiri, cara untuk mengakhiri keputusan (G. Stuart, 2006).

Bunuh diri adalah suatu keadaan dimana individu mengalami resiko menyakiti diri sendiri atau melakukan tindakan yang dapat mengancam nyawa. Perilaku destruktif diri yang mencakup setiap bentuk aktivitas bunuh diri, niatnya adalah kematian dan individu menyadari hal ini sebagai sesuatu yang diinginkan dan dengan sengaja dilakukan oleh seseorang yang tahu akan akibatnya, yang dilakukan dalam waktu singkat (Azizah et al., 2014). Pada umumnya tindakan bunuh diri merupakan cara ekspresi orang yang penuh stress. Jadi, bunuh diri adalah suatu tindakan maladaptive dengan cara mencederai bahkan menghilangkan nyawa sendiri yang dilakukan secara sadar untuk mengakhiri keputusasaannya.

2.1.2 Etiologi

a. Faktor Predisposisi

Lima faktor predisposisi yang menunjang pada pemahaman perilaku destruktif-diri sepanjang siklus kehidupan adalah sebagai berikut:

1) **Diagnosis Psikiatrik**

Lebih dari 90% orang dewasa yang mengakhiri hidupnya dengan cara bunuh diri mempunyai riwayat gangguan jiwa. Tiga gangguan jiwa yang dapat membuat individu berisiko untuk melakukan tindakan bunuh diri adalah gangguan afektif, penyalahgunaan zat, dan skizofrenia.

2) **Sifat Kepribadian**

Tiga tipe kepribadian yang erat hubungannya dengan besarnya resiko bunuh diri adalah antipati, impulsif, dan depresi.

3) **Lingkungan Psikososial**

Faktor predisposisi terjadinya perilaku bunuh diri, diantaranya adalah pengalaman kehilangan, kehilangan dukungan sosial, kejadian-kejadian negatif dalam hidup, penyakit kronis, perpisahan, atau bahkan perceraian. Kekuatan dukungan sosial sangat penting dalam menciptakan intervensi yang terapeutik, dengan terlebih dahulu mengetahui penyebab masalah, respons seseorang dalam menghadapi masalah tersebut, dan lain-lain.

4) **Riwayat Keluarga**

Riwayat keluarga yang pernah melakukan bunuh diri merupakan faktor penting yang dapat menyebabkan seseorang melakukan tindakan bunuh diri.

5) **Faktor Biokimia**

Data menunjukkan bahwa pada klien dengan resiko bunuh diri mengalami disregulasi sistem neurotransmitter di otak, terutama pada sistem serotonergik, yang berperan dalam pengaturan suasana hati, kontrol impuls, dan regulasi emosi. Selain serotonin, perubahan pada sistem dopamin dan norepinefrin juga diduga memengaruhi munculnya depresi, impulsivitas, serta perilaku agresif terhadap diri sendiri.

b. Faktor Presipitasi

Perilaku destruktif diri dapat ditimbulkan oleh stress berlebihan yang dialami oleh individu. Pencetusnya sering kali berupa kejadian hidup yang memalukan. Faktor lain yang dapat menjadi pencetus adalah melihat atau membaca melalui media mengenai orang yang melakukan bunuh diri ataupun percobaan bunuh diri. Bagi individu yang emosinya labil, hal tersebut menjadi sangat rentan.

c. Perilaku Koping

Klien dengan penyakit kronik atau penyakit yang mengancam kehidupan dapat melakukan perilaku bunuh diri dan sering kali orang ini secara sadar memilih untuk melakukan tindakan bunuh diri. Perilaku bunuh diri berhubungan dengan banyak faktor, baik faktor social maupun budaya. Struktur social dan kehidupan bersosial dapat menolong atau bahkan mendorong klien melakukan perilaku bunuh diri. Isolasi social dapat menyebabkan kesepian dan meningkatkan keinginan seseorang untuk melakukan bunuh diri. Seseorang yang aktif dalam kegiatan masyarakat lebih mampu menoleransi stress dan menurunkan angka bunuh diri. Aktif dalam kegiatan keagamaan juga dapat mencegah seseorang melakukan tindakan bunuh diri.

d. Mekanisme Koping

Seseorang klien mungkin memakai beberapa variasi mekanisme koping yang berhubungan dengan perilaku bunuh diri, termasuk denial, rasionalization, regression, dan magical thinking. Mekanisme pertahanan diri yang ada seharusnya tidak ditentang tanpa memberikan koping alternatif.

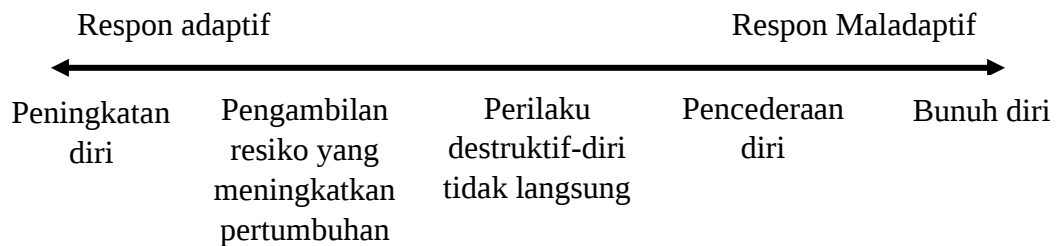
Penilaian risiko bunuh diri berdasarkan faktor-faktor yang mempengaruhi:

Variabel	Risiko Tinggi	Risiko Rendah
Sifat demografik dan sosial	> 45 tahun	< 45 tahun
- Usia	Laki-laki	Wanita
- Jenis kelamin	Cerai atau janda	Menikah
- Status mental	Pengangguran	Bekerja

- Pekerjaan - Hubungan interpersonal - Latar belakang keluarga	Konflik Kacau atau konflik	Stabil Stabil
Kesehatan - Fisik - Mental	Penyakit kronis, pemakaian zat yang berlebihan, hipokondriak Depresi berat, psikosis Gangguan kepribadian berat Penyalahgunaan zat Putus asa	Kesehatan baik Penggunaan zat rendah Depresi ringan Neurosis Optimisme
Aktivitas bunuh diri - Ide bunuh diri	Sering, berkepanjangan, kuat	Jarang, rendah
- Usaha bunuh diri	- Usaha berulang kali - Direncanakan - Penyelamatan tidak mungkin - Keinginan yg tak ragu untuk mati - Komunikasi di internalisasikan (menyalahkan diri sendiri) - Metoda mematikan dan tersedia	- Usaha pertama - Impulsif - Penyelamatan tak terhindarkan - Keinginan utama untuk berubah - Komunikasi di eksternalisasikan - Metoda dg letalitas rendah
Sarana - Pribadi	- Pencapaian buruk - Tilikan buruk	- Pencapaian baik - Penuh tilikan
- Sosial	- Afek tak ada atau terkendali buruk - Rapport buruk - Terisolasi sosial - Keluarga tidak responsif	- Afek tersedia dan terkendali - Rapport baik - Terintegrasi secara sosial - Keluarga yang memperhatikan

Tabel 2.1 Penilaian Risiko Bunuh Diri

2.1.3 Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon

Keterangan:

a. Peningkatan diri.

Seseorang dapat meningkatkan proteksi atau pertahanan diri secara wajar terhadap situasional yang membutuhkan pertahanan diri. Sebagai contoh seseorang mempertahankan diri dari pendapatnya yang berbeda mengenai loyalitas terhadap pimpinan ditempat kerjanya.

b. Beresiko destruktif.

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

c. Destruktif diri tidak langsung

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

d. Pencederaan diri.

Seseorang melakukan percobaan bunuh diri atau pencederaan diri akibat hilangnya harapan terhadap situasi yang ada (putus asa).

e. Bunuh diri.

Seseorang telah melakukan kegiatan bunuh diri sampai dengan nyawanya hilang

2.1.4 Tahapan Risiko Bunuh Diri

a. Suicide Ideation

Pada tahap ini merupakan proses contemplasi dari suicide, atau sebuah metoda yang digunakan tanpa melakukan aksi/tindakan, bahkan klien pada tahap ini tidak akan mengungkapkan idenya apabila tidak ditekan. Walaupun demikian, perawat perlu menyadari bahwa pasien pada tahap ini memiliki pikiran tentang keinginan untuk mati

b. Suicide intent

Pada tahap ini klien mulai berpikir dan sudah melakukan perencanaan yang konkrit untuk melakukan bunuh diri

c. Suicide threat

Pada tahap ini klien mengekspresikan adanya keinginan dan hasrat yang dalam, bahkan ancaman untuk mengakhiri hidupnya.

d. Suicide gesture

Pada tahap ini klien menunjukkan perilaku destruktif yang diarahkan pada diri sendiri yang bertujuan tidak hanya mengancam kehidupannya tetapi sudah pada percobaan untuk melakukan bunuh diri. Tindakan yang dilakukan pada fase ini pada umumnya tidak mematikan, Hal ini terjadi karena individu memahami ambivalen antara mati dan hidup dan tidak berencana untuk mati. Individu ini masih memiliki kemauan untuk hidup, ingin di selamatkan, dan individu ini sedang mengalami konflik mental. Tahap ini sering di namakan “Crying for help” sebab individu ini sedang berjuang dengan stress yang tidak mampu di selesaikan.

e. Suicide attempt

Pada tahap ini perilaku destruktif klien yang mempunyai indikasi individu ingin mati dan tidak mau diselamatkan misalnya minum obat yang mematikan .walaupun demikian banyak individu masih mengalami ambivalen akan kehidupannya.

f. Suicide

Tindakan yang bermaksud membunuh diri sendiri .hal ini telah didahului oleh beberapa percobaan bunuh diri sebelumnya.30% orang yang berhasil melakukan bunuh diri adalah orang yang pernah melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya.

2.1.5 Cara Pengukuran Bunuh Diri

Salah satu instrumen yang dapat dipakai untuk mengukur bunuh diri adalah dengan *Sad Persons* yaitu sebagai berikut:

a. Jenis Kelamin

Laki-laki lebih komit melakukan suicide 3x lebih tinggi dibanding wanita. Meskipun wanita lebih sering 3x dibanding laki-laki melakukan percobaan bunuh diri.

b. Age (umur)

Kelompok resiko tinggi: umur 19 tahun atau lebih muda, 45 tahun atau lebih tua dan khususnya umur 65 tahun lebih.

c. Depression

35-79% orang yang melakukan bunuh diri mengalami sindrome depresi.

d. Previous attempts (percobaan sebelumnya)

65-70% orang yang melakukan bunuh diri sudah pernah melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya.

e. ETOH (alkohol)

65% orang yang suicide adalah orang menyalahgunakan alkohol.

f. Rational thinking loss (kehilangan berpikir rasional)

Orang skizofrenia dan dementia lebih sering melakukan bunuh diri dibanding general populasi

g. Sosial support lack (kurang dukungan sosial)

Orang yang melakukan bunuh diri biasanya kurang dukungan dari teman dan saudara, pekerjaan yang bermakna serta dukungan spiritual keagamaan.

h. Organized plan (perencanaan yang terorganisasi)

Adanya perencanaan yang spesifik terhadap bunuh diri merupakan resiko tinggi.

i. No spouse (tidak memiliki pasangan)

Orang duda, janda, single adalah lebih rentang dibanding orang yang menikah.

j. Sickness

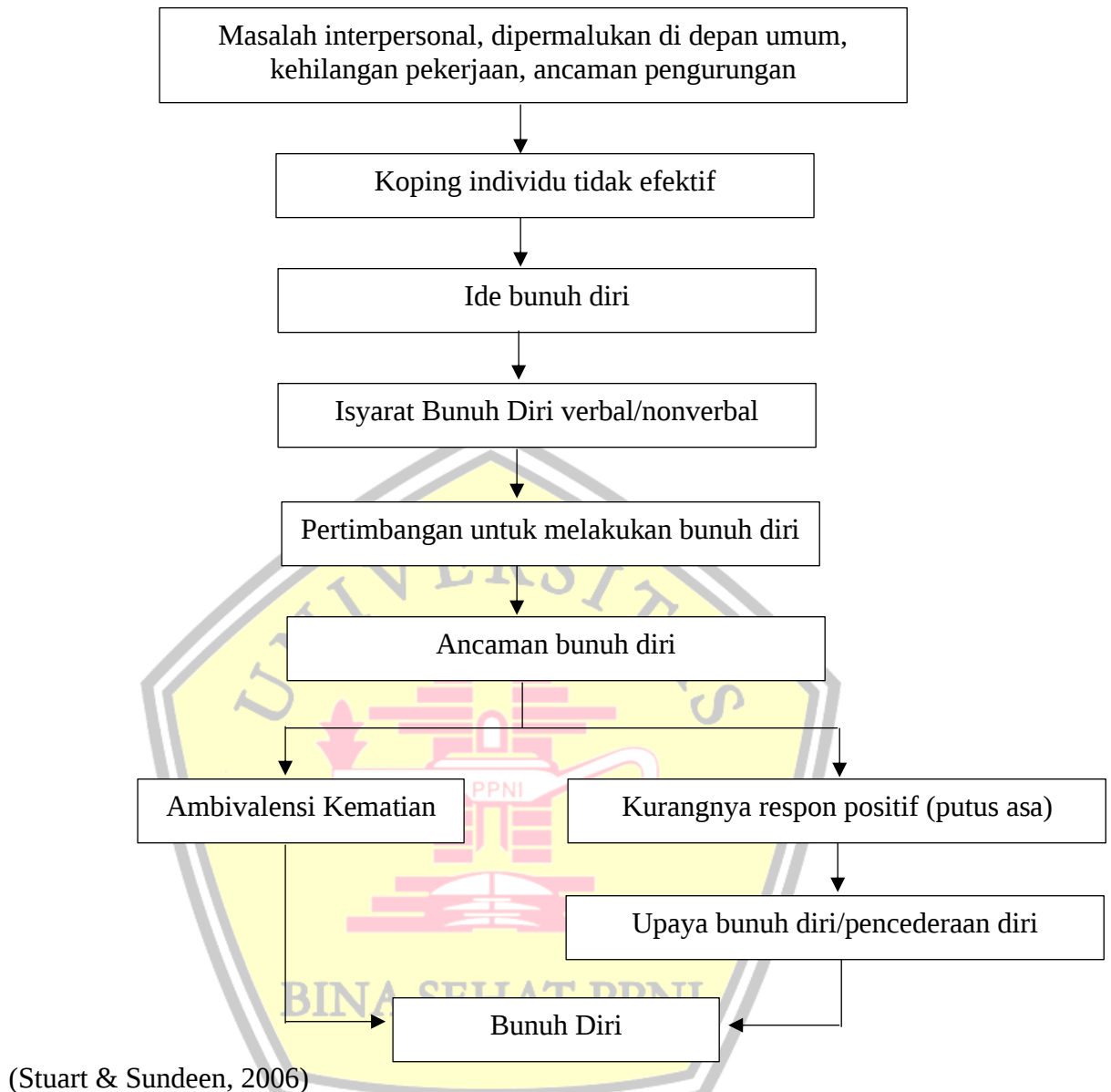
Orang berpenyakit kronik dan terminal beresiko tinggi melakukan bunuh diri.

Nilai 0	Tidak ada ide yang lalu dan sekarang
Nilai 1	Ada ide, tidak ada percobaan, tidak merencanakan
Nilai 2	Memikirkan dengan aktif, tidak ada percobaan
Nilai 3	Mengancam
Nilai 4	Aktifkan mencoba bunuh diri

Tabel 2.2 Penilaian Intensitas Bunuh Diri Sucidal Intention Rating Scale (SIRS)



2.1.6 Patofisiologi



Gambar 2.2 Patofisiologi

2.1.7 Tanda dan Gejala

- Mempunyai ide untuk bunuh diri.
- Mengungkapkan keinginan untuk mati.
- Mengungkapkan rasa bersalah dan keputusasaan.
- Impulsif.
- Menunjukkan perilaku yang mencurigakan (biasanya menjadi sangat patuh).

- f. Verbal terselubung (berbicara tentang kematian, menanyakan tentang obat dosis mematikan).
- g. Status emosional (harapan, penolakan, cemas meningkat, panic, marah dan mengasingkan diri).

2.1.8 Proses Keperawatan Klien Risiko Bunuh Diri

Perawat perlu diperhatikan selaku tim kesehatan diantaranya adalah:

- a. Suicide merupakan perilaku yang bisa mematikan dalam seting rawat inap di rumah sakit jiwa.
- b. Faktor – faktor yang berhubungan dengan staf antara lain: kurang adekuatnya pengkajian pasien yang dilakukan oleh perawat, komunikasi staf yang lemah, kurangnya orientasi dan training dan tidak adekuatnya informasi tentang pasien.
- c. Pengkajian suicide seharusnya dilakukan secara kontinyu selama di rawat di rumah sakit baik saat masuk, pulang maupun setiap perubahan pengobatan atau treatment lainnya.
- d. Hubungan saling percaya antara perawat dan pasien serta kesadaran diri perawat terhadap cues perilaku pasien yang mendukung terjadinya resiko bunuh diri adalah hal yang penting dalam menurunkan angka suicide di rumah sakit. Oleh karena itu suicide pada pasien rawat inap merupakan masalah yang perlu penanganan yang cepat dan akurat. Pada makalah ini akan dipaparkan mengenai faktor resiko terjadinya bunuh diri, instrument pengkajian dan manajemen keperawatannya dengan pendekatan proses keperawatannya

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

- a. Identitas Pasien
Nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, diagnosa medis, pendidikan dan pekerjaan.
- b. Alasan masuk

Apa yang menyebabkan klien dan keluarga datang, atau dirawat di rumah sakit, biasanya berupa sikap percobaan bunuh diri, komunikasi dengan keluarga kurang, tidak mampu berkonsentrasi, merasa gagal, merasa tidak berguna dan merasa tidak yakin melangsungkan hidup. Apakah sudah tahu penyakit sebelumnya, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi ini

c. Faktor Predisposisi :

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan kepada klien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan.

d. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien. Apakah ada bekas percobaan bunuh diri pada leher, pergelangan tangan maupun di bagian tubuh lainnya. Pasien biasanya mengeluh sakit pada dirinya, pusing ataupun tidak dapat melakukan aktifitas seperti biasanya. Pasien mengeluh bahwa dirinya sudah tidak mampu beraktivitas lagi.

e. Psikososial

1) Genogram Menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

2) Konsep diri

a) Gambaran diri

Pasien merasa tidak ada yang ia sukai lagi dari dirinya, ada bagian tubuh pasien yang mengalami penurunan fungsi sehingga pasien tidak bisa menerima keadaan tubuhnya. mengungkapkan perasaan keputusasaan dan merasa ingin mati

b) Identitas diri

Pasien berstatus sudah menikah ataupun belum, merasa tidak puas dengan status ataupun pekerjaannya sedang dapat mempengaruhi hubungan sosial dengan orang lain

c) Peran diri

Klien dengan resiko bunuh diri merasa tidak mampu melaksanakan tugas atau peranannya baik dalam keluarga, pekerjaan atau dalam kelompok masyarakat

d) Ideal diri

Pasien merasakan kesedihan dan keputusasaan yang sangat mendalam, tidak ada harapan lagi dengan masalah yang menimpanya

e) Harga diri

Pasien mengatakan hal yang negatif tentang dirinya, yang menunjukkan harga diri yang rendah, selalu berfikir negatif kepada orang lain bahwa dirinya tidak lagi dihargai dan dianggap. Perilaku resiko bunuh diri mengalami harga diri rendah situasi seperti masalah keluarga atau pekerjaan yang sedang dihadapi saat ini.

3) Hubungan sosial

Pasien dengan resiko bunuh diri cenderung ada gangguan dalam berhubungan dengan orang lain, mereka tidak dapat berhubungan dengan orang lain, tidak dapat berperan dikelompok masyarakat, sering mengeluh atau curhat ke orang lain yang dipercayai bahwa ia ingin mengakhiri hidupnya

4) Spiritual

Pasien meyakini bahwa tidak ada gunanya untuk hidup, keyakinannya akan masalah adalah takdir yang maha kuasa itupun tidak ada. Mereka menganggap bahwa tidak ada jalan lain untuk menyelesaikan masalahnya selain dengan mengakhiri hidupnya.

f. Status mental

- 1) Penampilan Penampilan pasien tidak rapi, acak-acakan, malas untuk membersihkan tubuh, rambut, kuku. Mereka tidak mau untuk

menjaga kesehatan tubuhnya bahkan cenderung tidak mau makan agar cepat meninggal.

- 2) Pembicaraan Pembicaraannya lesu dan topik yang dibicarakan tentang kematian dan penyesalan hidup.
- 3) Aktivitas motorik Aktivitas motorik klien lebih mengarah untuk mengakhiri hidupnya misal membenturkan kepalanya, melukai badannya, dan membuat sesuatu sebagai sarana untuk mengakhiri hidupnya misal membuat gantungan dari tali.
- 4) Afek dan Emosi Perasaan sedih, rasa tak berguna, gagal, kehilangan, merasa berdosa, putus asa, penyesalan tak ada harapan. Menunjukkan rasa kekecewaan yang mendalam disertai rasa putus asa.
- 5) Interaksi selama wawancara Kontak kurang: tidak mau menatap lawan bicara. Pasien tidak kooperatif, tidak mau mendengarkan pendapat atau saran yang dapat membantunya dalam menyelesaikan masalah
- 6) Persepsi sensori Adanya halusinasi pendengaran yang menyuruhnya mengakhiri hidupnya.
- 7) Proses Pikir
 - a) Proses pikir Perseferasi: kata-kata yang diulang berkali-kali pada suatu ide pikiran.
 - b) Isi fikir Suicidal thought/pikiran bunuh diri: isi pikiran yang dimulai dengan memikirkan usaha bunuh diri sampai terus menerus berusaha untuk dapat bunuh diri.
- 8) Tingkat kesadaran Bingung, seseorang yang ingin melakukan bunuh diri merasa dirinya bingung karena adanya kejadian-kejadian negatif dalam hidup, penyakit kronis atau bahkan perceraian.
- 9) Memori Kontigulasi: Ingatan yang keliru dan dimanifestasikan dengan pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi daya ingatnya. Perilaku bunuh diri biasanya bercerita yang tidak sesuai

dengan kenyataan. Tidak berdasarkan fakta karena pasien dengan resiko bunuh diri akan menghindari kenyataan

10) Tingkat konsentrasi dan berhitung

- a) Mudah beralih Perhatian perilaku bunuh diri mudah berganti dari satu objek ke objek lain. Mudah untuk mengalihkan pembicaraan.
- b) Tidak mampu berkonsentrasi Perilaku bunuh diri tidak mampu untuk berkonsentrasi dengan baik. Selalu meminta agar pertanyaan diulang atau tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.
- c) Tidak mampu berhitung Perilaku bunuh diri tidak dapat melakukan penambahan atau pengurangan pada benda nyata. Karena orang tersebut tidak bisa berkonsentrasi dengan baik.

11) Kemampuan penilaian

- a) Gangguan kemampuan penilaian ringan Dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Contoh: berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, orang tersebut dapat mengambil keputusan.
- b) Gangguan kemampuan penilaian bermakna Tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. Contoh: berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan klien masih tidak mampu mengambil keputusan.

12) Gangguan titik diri

Mengingkari penyakit yang di derita dan menyalahkan hal-hal di luar dirinya

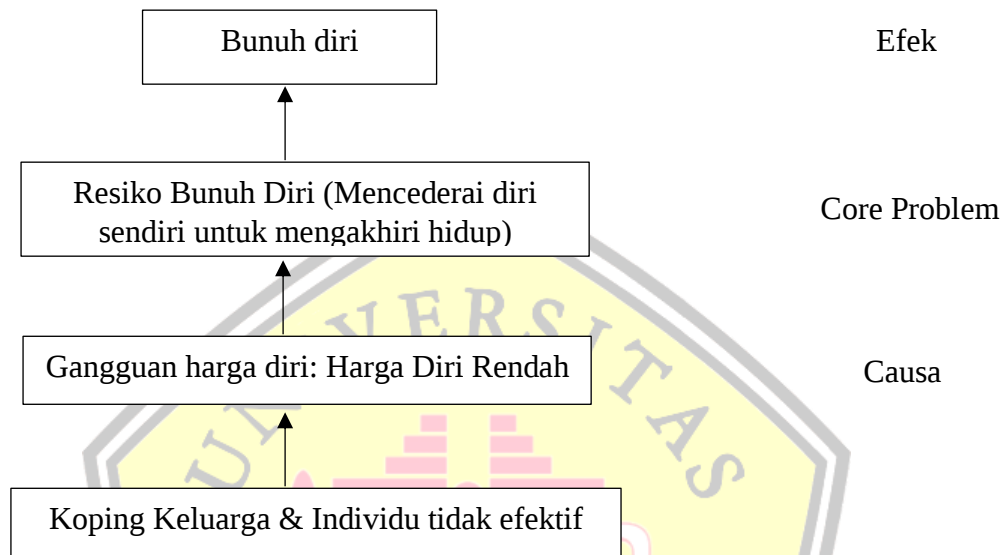
g. Masalah psikologis dan lingkungan

Pasien mendapat perilaku yang tidak wajar dari lingkungan seperti pasien diejek dan direndahkan karena pasien menderita gangguan jiwa

h. Pengetahuan

Kurang pengetahuan dalam hal mencari bantuan, faktor predisposisi, kooping mekanisme dan sistem pendukung dan obat-obatan sehingga penyakit pasien semakin berat.

2.2.2 Pohon Masalah



Gambar 2.3 Pohon Masalah Risiko Bunuh Diri

2.2.3 Diagnosis Keperawatan

- a. Risiko bunuh diri
- b. HDR
- c. Gangguan konsep diri
- d. Koping individu tak efektif.
- e. Koping keluarga tak efektif

2.2.4 Rencana Keperawatan

Perencanaan		Intervensi
Tujuan	Kriteria Hasil	
Klien tidak melakukan bunuh diri		
TUK 1	1. Klien mau membalas salam 2. Klien mau menjabat tangan	1. Beri salam/panggil nama a. Sebutkan nama perawat

Klien dapat membina hubungan saling percaya	3. Klien menyebutkan nama 4. Klien mau tersenyum	b. Jelaskan maksud hubungan interaksi c. Jelaskan akan kontrak yang akan dibuat d. Beri rasa aman dan sikap empati e. Lakukan kontak singkat tapi sering
TUK 2 Klien dapat melindungi diri perilaku bunuh diri	Klien terlindung dari perilaku bunuh diri	1. Modifikasi lingkungan klien a. Jauhkan klien dari benda benda yang dapat digunakan untuk bunuh diri b. Tempatkan klien diruangan yang nyaman dan mudah terlihat oleh perawat 2. Awasi klien secara ketat setiap saat 3. Mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri
TUK 3 Klien dapat meningkatkan harga diri	1. Klien dapat meningkatkan harga dirinya 2. Klien dapat mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki 3. Klien dapat membuat rencana masa depan yang realistis	1. Bantu klien mengeksplorasi perasaan a. Biarkan klien mengungkapkan perasaannya b. Ajak klien untuk berbincang – bincang mengenai perasaannya namun jangan memaksa 2. Identifikasi aspek positif yang dimiliki klien 3. Bantu mengidentifikasi sumber sumber harapan (misal: hubungan antar sesama, keyakinan, hal-hal untuk diselesaikan). 4. Bantu klien merencanakan masa depan yang realistis

TUK 4 Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah bunuh diri	2. Klien dapat menyebutkan contoh pencegahan bunuh diri secara fisik: a. Tarik nafas dalam. 3. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku bunuh diri. 4. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara pencegahan fisik yang telah dipelajari sebelumnya. 5. Klien mengevaluasi kemampuan dalam melakukan cara fisik sesuai jadwal yang telah disusun.	1. Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien. 2. Beri pujian atas kegiatan fisik klien yang biasa dilakukan. 3. Diskusikan satu cara fisik yang paling mudah dilakukan Untuk mencegah perilaku bunuh diri yaitu: tarik nafas dalam 4. Diskusikan cara melakukan nafas dalam dengan klien. 5. Beri contoh klien tentang cara menarik nafas dalam. 6. Minta klien mengikuti contoh yang diberikan sebanyak 5 kali. 7. Beri pujian positif atas kemampuan klien mendemonstrasikan cara nafas menarik dalam. 8. Tanyakan perasaan klien setelah selesai bercakap-cakap. 9. Anjurkan klien menggunakan cara yang telah dipelajari saat bunuh diri itu muncul. 10. Lakukan hal yang sama dengan 6.2.1 sampai 6.2.6 untuk cara fisik lain dipertemuan yang lain. 11. Diskusikan dengan klien mengenai frekuensi latihan yang akan dilakukan sendiri oleh klien. 12. Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari. 13. Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan, cara pencegahan perilaku bunuh diri yang telah
--	--	--

		dilakukan dengan mengisi jadwal kegiatan harian (self-evaluation).validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan.
TUK 5 Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah bunuh diri.	1. Klien dapat menyebutkan cara bicara(verbal) yang baik dalam mencegah bunuh diri. b. Meminta dengan baik c. Menolak dengan baik d. Mengungkapkan perasaan dengan baik 2. Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik 3. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik a. Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun	1. Diskusikann cara bicara yangbaik dengan klien 2. Beri contoh cara bicara yang baik a. Meminta dengan baik b. Menolak dengan baik c. Mengungkapkn perasaan dengan baik 3. Meminta klien mengikuti contoh cara bicara yang baik. a. Meminta maaf dengan baik “Saya minta uang untuk beli makan” b. Menolak dengan baik “Maaf,,saya tidak bisa melakukan karena ada kegiatan lain” c. Mengungkapkn perasaan dengan baik “Saya kesal karena permintaan saya tidak dikabulkan” 4. Minta klien mengulangi sendiri 5. Beri pujian atas keberhasilan pasien 6. Diskusikan dengan klien tentang waktu dan kondisi cara bicara yang dapat dilatih di ruangan, misalnya: Mmeminta obat, baju dlll, menolak ajakan merokok, tidur tidak tepat pada waktunya, menceritakan kekesalan pada perawat. 7. Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari

		8. Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan cara bicara yang baik dengan mengisi jadwal kegiatan 9. Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan 5.1.1 Beri pujian atas keberhasilan klien, tanyakan kepada klien, “Bagaimana perasaan klien setelah latihan bicara yang baik? apakah keinginan bunuh diri berkurang?”
TUK 6 Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah bunuh diri	10. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan waktu minum obat serta manfaat dari obat itu (Prinsip 5 benar: benar orang, obat, dosis, waktu, dan cara pemberian). 11. Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang ditetapkan 12. Klien mengevaluasi kemampuan dalam mematuhi minum obat.	1. Diskusikan dengan klien tentang jenis obat yang diminumnya (nama, warna, besarnya): Waktu minum obat (jika 3 kali: pkl. 07.00, 13.00, 19.00) cara minum obat. 2. Dengan klien tentang manfaat minum obat secara teratur: - Beda perasaan sebelum minum obat dan sesudah minum obat. - Jelaskan bahwa dosis obat hanya boleh diubah oleh dokter. - Jelaskan mengenai akibat minum obat yang tidak teratur, misalnya penyakit kambuh. 3. Diskusikan tentang proses minum obat: - Klien meminta obat kepada perawat(jika di rumah sakit), kepada keluarga (jika di rumah). - Klien memeriksa obat sesuai dosis.

		c. Klien minum obat pada waktu yang tepat - Klien mengevaluasi pelaksanaan minum obat dengan mengisi jadwal kegiatan harian (self evaluation) - Validasi pelaksanaan minum obat - Beri pujian atas keberhasilan klien. - Tanyankan kepada klien: “bagaimana perasaan anda dengan minum obat secara teratur? apakah keinginan untuk bunuh diri berkurang?”
TUK 7 Klien dapat mengikuti tak stimulasi persepsi pencegahan bunuh diri.	- Klien mengikuti tak: stimulasi persepsi pencegahan bunuh diri. - Klien mengikuti tak: stimulasi persepsi pencegahan bunuh diri. - Klien mempunyai jadwal. klien melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan tak.	- Anjurkan klien untuk ikut tak: stimulasi persepsi pencegahan bunuh diri. - Klien mengikuti tak: stimulasi persepsi pencegahan bunuh diri (kegiatan mandiri). - Diskusikan dengan klien tentang kegiatan selama tak. - Fasilitasi klien untuk mempraktikkan hasil kegiatan tak dan beri pujian atas keberhasilannya. - Diskusikan dengan klien tentang jadwal tak - Masukkan jadwal tak ke dalam jadwal kegiatan harian. - Beri pujian atas kemampuan mengikuti tak - Tanyakan kepada klien: “bagaimana perasaan anda setelah ikut tak?”
TUK 8 Klien mendapatkan dukungan keluarga	Keluarga dapat mendemonstrasikan cara merawat klien.	Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat klien sesuai dengan yang

dalam melakukan cara pencegahan bunuh diri.		telah dilakukan keluarga selama ini 2. Jelaskan keuntungan peran serta keluarga dalam merawat klien. 3. Jelaskan cara-cara merawat klien: a. Terkait dengan munculnya bunuh diri. b. Sikap dan bicara c. Membantu mengenal penyebab bunuh diri dan pelaksanaan pencegahan bunuh diri d. Bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat klien. e. Bantu keluarga mengungkapkan perasaannya setelah melakukan demonstrasi. f. Anjurkan keluarga mempraktikkan pada klien selama dirumah sakit dan melanjutkannya setelah pulang ke rumah
---	--	---

Tabel 2.3 Rencana Keperawatan Risiko Bunuh Diri

2.2.5 Strategi Pelaksanaan

1. Sp 1 Pasien
 - a. Membina hubungan saling percaya kepada klien
 - b. Mengidentifikasi benda- benda yang dapat membahayakan pasien
 - c. Mengamankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien d.
 - Melakukan kontrak treatment
 - d. Mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri
 - e. Melatih cara mengendalikan dorongan bunuh diri

2. Sp 2 Pasien
 - a. Mengidentifikasi aspek positif pasien
 - b. Mendorong pasien untuk berfikir positif terhadap diri sendiri
 - c. Mendorong pasien untuk menghargai diri sebagai individu yang berharga
3. Sp 3 Pasien
 - a. Mengidentifikasi pola coping yang bisa diterapkan pasien
 - b. Menilai pola coping yang biasa dilakukan
 - c. Mengidentifikasi pola coping yang konstruktif
 - d. Mendorong pasien memilih pola coping yang konstruktif
 - e. Mengajak pasien menerapkan pola coping yang konstruktif dalam kegiatan harian
4. Sp 4 Pasien
 - a. Membuat rencana masa depan yang realistis bersama pasien
 - b. Mengidentifikasi cara mencapai rencana masa depan yang realistis
 - c. Memberi dorongan pasien melakukan kegiatan dalam rangka meraih masa depan yang realistis
5. Sp 1 Keluarga
 - a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
 - b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala resiko bunuh diri, dan jenis perilaku bunuh diri yang dialami pasien beserta proses terjadinya
 - c. Menjelaskan cara-cara merawat pasien resiko bunuh diri
6. Sp 2 Keluarga
 - a. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien dengan resiko bunuh diri
 - b. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien resiko bunuh diri
7. Sp 3 Keluarga
 - a. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat

- b. Menjelakan follow up pasien

2.2.6 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah suatu proses sistematis dan terencana yang dilakukan pada akhir tahap perawatan untuk membandingkan hasil kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Tujuannya adalah untuk menentukan apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan efektif dalam meningkatkan kondisi kesehatan klien atau perlu dilakukan pendekatan lain. Evaluasi keperawatan juga dapat membantu perawat dalam mengevaluasi kinerja dan kualitas pelayanan yang diberikan. Data subjektif dan objektif yang dikumpulkan selama proses perawatan digunakan dalam evaluasi keperawatan untuk menentukan tindakan selanjutnya yang harus diambil dalam perawatan klien.

Perawat mempunyai tiga alternative dalam menentukan sejauh mana tujuan itu dapat tercapai

- a. Berhasil : perilaku klien sesuai dengan pertanyaan tujuan dalam waktu dan tujuan yang telah ditetapkan.
- b. Tercapai sebagian : klien telah menunjukkan perilaku tetapi belum sebaik dengan perilaku yang telah ditentukan dalam pertanyaan tujuan.
- c. Belum tercapai : klien belum mampu sama sekali menunjukkan perilaku yang telah diharapkan sesuai dengan pernyataan tujuan. Agar memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau membuat perkembangan klien maka digunakan

Evaluasi keperawatan dilakukan berdasarkan acuan teori komponen SOAP yaitu:

S (subjektif): adalah keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan

O (objektif): adalah suatu data yang berdasarkan hasil pengukuran dan hasil observasi perawat secara langsung pada klien setelah diberikan perlakuan atau tindakan asuhan keperawatan

A (assessment): adalah interpretasi makna data subjektif dan objektif untuk menilai tujuan yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan yaitu tercapai/tercapai sebagian/tidak tercapai. Tujuan tercapai jika klien mampu menunjukkan perilaku sesuai kondisi yang ditetapkan pada tujuan keperawatan, tujuan tercapai sebagian jika perilaku klien tidak seluruhnya tercapai sesuai dengan tujuan keperawatan, dan tujuan tidak tercapai jika klien tidak mampu menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan tujuan keperawatan

P (planning): adalah suatu perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Ernawati, 2019).

2.3 Konsep *Guided imagery*

2.3.1 Pengertian *Guided imagery*

Guided imagery adalah sebuah teknik yang melibatkan penggunaan imajinasi individu dengan arahan tertentu untuk membantu mengurangi stres (Kalsum et al., 2012). Menurut Synder & Lindquist (2002), bimbingan imajinasi adalah sebuah intervensi yang melibatkan pikiran dan tubuh, memanfaatkan kekuatan imajinasi untuk menghasilkan efek fisik, emosional, dan spiritual. *Guided imagery* dikategorikan sebagai terapi mind-body medicine oleh Bedford (2012) dengan menggabungkan bimbingan imajinasi dan meditasi pikiran sebagai adaptasi lintas-modal. Imajinasi sendiri adalah representasi mental yang terjadi dalam kondisi relaksasi, dan dapat melibatkan berbagai indra seperti visual, auditori, olfaktori, dan taktil.

Guided imagery adalah teknik yang memanfaatkan kekuatan pikiran untuk merangsang tubuh dalam proses penyembuhan dan pemeliharaan kesehatan, atau untuk mencapai relaksasi melalui komunikasi dalam tubuh yang melibatkan semua indra, termasuk sentuhan, penciuman, penglihatan,

dan pendengaran (Potter & Perry, 2009). Terapi *guided imagery* merupakan metode relaksasi yang melibatkan pengimajinasian tempat atau peristiwa yang menimbulkan rasa nyaman dan relaks. Teknik *guided imagery* digunakan sebagai strategi koping dengan cara membayangkan atau berkhayal (Setyowati, 2018). Proses ini dimulai dengan relaksasi umum, di mana klien diminta untuk perlahan menutup mata dan fokus pada pernapasan mereka. Klien didorong untuk mencapai relaksasi dengan mengosongkan pikiran dan mengisinya dengan gambaran yang menciptakan rasa damai dan tenang.

2.3.2 Teknik *Guided imagery*

Berikut adalah beberapa teknik *guided imagery* berdasarkan penggunaannya menurut Grocke & Moe (2015):

1. Guided Walking Imagery
2. Teknik ini dikembangkan oleh psikoleuner. Dalam teknik ini, pasien dianjurkan untuk membayangkan pemandangan standar seperti padang rumput, pegunungan, atau pantai.

3. Autogenic Abstraction

Dalam teknik ini, pasien diminta untuk memilih perilaku negatif yang ada dalam pikirannya dan kemudian mengungkapkannya secara verbal tanpa batasan. Jika berhasil, akan terlihat perubahan pada aspek emosional dan ekspresi wajah pasien.

4. Covert Sensitization

Teknik ini didasarkan pada paradigma reinforcement, yang menyatakan bahwa proses imajinasi dapat diubah dengan menggunakan prinsip-prinsip yang sama seperti dalam modifikasi perilaku.

5. Covert Behaviour Rehearsal

Teknik ini melibatkan seseorang dalam membayangkan perilaku koping yang diinginkannya. Teknik ini merupakan salah satu yang paling sering digunakan.

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik covert behaviour rehearsal karena peneliti akan membimbing responden untuk

membayangkan perilaku koping dan memberikan motivasi kepada responden tersebut.

2.3.3 Langkah *Guided imagery*

Teknik *guided imagery* dimulai dengan proses relaksasi umum, di mana pasien diminta untuk perlahan-lahan menutup mata dan fokus pada pernapasan. Kemudian, pasien didorong untuk mencapai relaksasi dengan mengosongkan pikiran dan membayangkan sesuatu yang dapat menciptakan rasa damai dan tenang dalam pikiran mereka, langkah-langkah dalam melakukan *guided imagery* adalah sebagai berikut:

1. Persiapan

Langkah pertama adalah mencari lingkungan yang nyaman dan tenang, yang bebas dari gangguan. Lingkungan seperti ini diperlukan agar subyek dapat fokus pada imajinasi yang dipilih. Subyek harus memahami tujuan dan manfaat dari teknik *guided imagery*. Mereka berperan sebagai partisipan aktif dalam latihan ini, sehingga perlu mengetahui apa yang harus dilakukan dan hasil akhir yang diharapkan. Selanjutnya, subyek diberikan kebebasan untuk menempatkan diri dalam posisi yang nyaman.

2. Mengidentifikasi Perasaan Fisik dan Emosional yang Ditimbulkan oleh Bayangan.

Ajak klien untuk mengeksplorasi reaksi mereka terhadap bayangan yang muncul, karena hal ini dapat memungkinkan mereka untuk menyesuaikan imajinasinya. Jika ada respon negatif, arahkan kembali untuk mencapai hasil yang lebih positif. Berikan umpan balik kepada klien secara terus-menerus dengan mengomentari tanda-tanda relaksasi dan ketenangan yang ditunjukkan. Setelah itu, bantu klien keluar dari bayangan. Diskusikan perasaan klien tentang pengalaman tersebut, dan identifikasi aspek-aspek yang dapat memperbaiki pengalaman imajinasinya. Akhirnya, dorong klien untuk mempraktikkan teknik ini secara mandiri.

2.3.4 Indikasi *Guided imagery*

Aplikasi klinis *guided imagery* mencakup penggunaan teknik ini untuk menghancurkan sel kanker, mengontrol dan mengurangi rasa nyeri, serta mencapai ketenangan dan ketentraman (Potter & Perry, 2009). *Guided imagery* juga bermanfaat dalam pengobatan berbagai kondisi seperti asma, hipertensi, gangguan fungsi kandung kemih, sindrom pramenstruasi, dan menstruasi. Selain itu, teknik ini digunakan untuk mengurangi nyeri akibat luka bakar, sakit kepala migrain, dan nyeri pasca operasi (Brannon et al., 2022).

Indikasi penggunaan *guided imagery* mencakup semua pasien yang mengalami pikiran negatif atau pikiran yang menyimpang dan memengaruhi perilaku (maladaptif). Contohnya termasuk over generalization, stres, kecemasan, depresi, nyeri, hipokondria, dan kondisi lainnya.

2.3.5 Tujuan *Guided imagery*

Tujuan dari menerapkan *guided imagery* ialah :

1. Memelihara kesehatan atau mencapai keadaan rileks melalui komunikasi dalam tubuh melibatkan semua indra (visual, sentuhan, penciuman, penglihatan, dan pendengaran) sehingga terbentuklah keseimbangan antara pikiran, tubuh, dan jiwa.
2. Mempercepat penyembuhan yang efektif dan membantu tubuh mengurangi berbagai macam penyakit seperti depresi, alergi dan asma.
3. Mengurangi tingkat stres, penyebab, dan gejala-gejala yang menyertai stres.
4. Menggali pengalaman pasien depresi.

2.3.6 Manfaat *Guided imagery*

Guided imagery memiliki elemen yang serupa dengan teknik relaksasi lainnya, yaitu membawa klien menuju keadaan relaksasi. Tujuan dari teknik ini adalah untuk menghasilkan respons psikofisiologis yang kuat, seperti perubahan dalam fungsi sistem imun (Maulidyawati, 2024). Manfaat dari *guided imagery* mencakup penggunaannya sebagai intervensi

perilaku untuk mengatasi kecemasan, stres, dan nyeri. Karena *guided imagery* tidak memungkinkan seseorang untuk memusatkan perhatian pada banyak hal sekaligus, klien harus membayangkan satu imajinasi yang sangat kuat dan menyenangkan (Mona et al., 2026).

Teknik *guided imagery* melibatkan penempatan klien dalam posisi yang nyaman. Dengan suara lembut, klien diminta untuk memikirkan hal-hal yang menyenangkan atau pengalaman yang melibatkan semua indra, serta tetap berfokus pada bayangan yang menyenangkan sambil merelaksasikan tubuh (Maulidyawati, 2024). Durasi pelaksanaan *guided imagery* untuk orang dewasa dan remaja biasanya antara 10-30 menit, sementara untuk anak-anak biasanya hanya 10-15 menit. *Guided imagery* dapat disampaikan oleh seorang praktisi atau pemandu, melalui video, atau rekaman audio (Ulla, 2024). Rekaman audio biasanya berisi panduan untuk membayangkan hal-hal yang menyenangkan bagi klien, seperti tempat yang menyenangkan (misalnya pantai) atau aktivitas yang menyenangkan (misalnya makan es krim). Melalui rekaman audio ini, klien dipandu untuk relaksasi dengan menarik napas dalam dan pelan. Relaksasi ini membuat pikiran lebih terbuka untuk menerima informasi baru. Selanjutnya, klien dipandu untuk membayangkan hal yang paling menyenangkan dan merinci setiap detail yang dapat dirasakan.

BINA SEHAT PPNI

2.4 Jurnal Relevan

No.	Judul	Population	Intervensi	Hasil	Waktu
1.	Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Bunuh Diri Akibat Depresi Dengan Intervensi <i>Guided imagery</i> Dan Focus Group Discussion Di Ruang Jiwa Intensif Camar Rs Jiwa Provinsi Jawa Barat Oleh : Ai Mona, Eny Kusmira, Tonika Tohri, Budi Rustandi	Pasien dengan depresi dan risiko bunuh diri tinggi yang dirawat di ruang jiwa intensif.	Pemberian <i>guided imagery</i> sebagai tahap awal melalui teknik relaksasi dan visualisasi positif dengan panduan verbal, dilanjutkan dengan FGD untuk meningkatkan dukungan sosial dan kemampuan coping pasien.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kombinasi <i>Guided imagery</i> dan Focus Group Discussion efektif menurunkan risiko bunuh diri pada pasien depresi di ruang jiwa intensif. Terjadi perbaikan signifikan pada aspek fisiologis (stabilisasi tanda vital), psikologis (penurunan skor risiko bunuh diri), serta sosial (peningkatan dukungan dan coping).	Dilaksanakan selama 5 hari.
2.	Penurunan Resiko Bunuh Diri Dengan Terapi Relaksasi <i>Guided imagery</i> Pada Pasien Depresi Berat	Pada 2 pasien depresi berat dengan gejala psikotik yang berisiko bunuh diri	Penerapan Terapi Relaksasi <i>Guided imagery</i> terhadap tingkat risiko bunuh diri pasien depresi berat.	Hasil evaluasi asuhan keperawatan menunjukkan pada hari ke-1 Pasien 1 dengan skor 14 dan Pasien 2 dengan skor 11 dikategorikan risiko bunuh diri tinggi, kedua Pasien mengalami penurunan pada hari ke-3	Penelitian dilakukan selama 3 hari pemberian intervensi pre dan post.

	Oleh : Rosdiana Saputri, Desi Ariana Rahayu			menjadi skor 3 dikategorikan risiko bunuh diri rendah setelah diberikan terapi relaksasi <i>guided imagery</i> .	
3.	Penerapan Terapi Distraksi Relaksasi <i>Guided imagery Sound of Nature</i> Pada Pasien Risiko Bunuh Diri RSJ dr. Amini Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Oleh : Niswatun Ni'matil Ula	Pada 3 pasien dengan risiko bunuh diri	Penerapan <i>guided imagery sound of nature</i> dan kuisioner <i>Suicide Intention Rating Scale</i> (SIRS) untuk mengetahui skor intensitas risiko bunuh diri	Terapi pemberian <i>guided imagery sound of nature</i> sangat efektif karena mengubah proses pikir yang negatif menjadi positif serta membantu membangun rasa penerimaan diri.	Pelaksanaan intervensi dilakukan selama 3 kali pertemuan dengan durasi setiap pertemuan 20-30 menit.
4.	Tingkat Kegawatdaruratan Pasien Gangguan Jiwa Sebelum Dan Sesudah Diberikan Terapi Relaksasi <i>Guided imagery</i> Oleh : Wulan Agustina Setyowati	Populasi diambil pasien gangguan jiwa yang berada dalam triage merah (immediate) di ruang akut RSJD Surakarta sebanyak 38 sampel dengan teknik purposive sampling.	Dilakukan pre dan post menggunakan kuisioner <i>triage code</i> dan <i>broset violence checklist</i> lalu dibandingkan untuk melihat perbedaanya tingkat kegawatdaruratan dan perilaku kekerasannya kemudian diberikan	Tingkat kegawatdaruratan pasien gangguan jiwa di ruang akut RSJD Surakarta setelah pemberian terapi guide imagery menunjukkan adanya penurunan dengan rata-rata berada dalam kategori emergency dan urgent dengan skor 5-8 serta skor resiko perilaku kekerasan	Penelitian ini dilakukan pada tanggal 20 Agustus 2018 hingga 22 September 2018. Intervensi diberikan 4x selama pagi dan sore

			terapi relaksasi <i>guided imagery</i>	menurun menjadi kategori sedang dengan skor <2	
5.	Analisa Praktik Klinik Keperawatan Jiwa Pada Klien Resiko Bunuh Diri Dengan Intervensi Inovasi <i>Guided imagery</i> terhadap Gejala Resiko Bunuh Diri Di Ruang Punai Rsjdatmahusada Samarinda Tahun 2017 Oleh : Fatimah	Pasien Ny. N dengan masalah risiko bunuh diri dan adanya percobaan bunuh diri.	Dilakukan pendekatan terapi non farmakologi <i>guided imagery</i> dalam meningkatkan kenyamanan pasien dan mengurangi gejala ketika memiliki gangguan depresi.	<i>Guided imagery</i> sangat dapat membantu untuk membangun rasa penerimaan diri (self acceptance) sehingga klien tidak merasa depresi lagi dan menyesali nasibnya. Bahkan sebaliknya klien akan mampu mengekspresikan perasaannya kepada kehidupan dan kesehatan mental yang lebih baik. <i>Guided imagery</i> berperan penting dalam mengekspresikan perasaan dan memberikan kenyamanan bagi klien.	Intervensi dilakukan selama 4 hari.

Tabel 2.4 Jurnal Relevan