

**PENGARUH TERAPI SPIRITUALITAS PADA PASIEN DENGAN  
RESIKO BUNUH DIRI : STUDI *LITERATURE RIVEW***

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



**Disusun Oleh :  
DINA FITRIANI  
P1908082**

**ITKES WHS**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

**2021**

**PENGARUH TERAPI SPIRITUALITAS PADA PASIEN DENGAN  
RESIKO BUNUH DIRI : STUDI *LITERATURE RIVEW***

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Profesi (Ners)



**Disusun Oleh :**

**DINA FITRIANI**

**P1908082**

**ITKES WHS**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA**

**SAMARINDA**

**2021**

HALAMAN PENGESAHAN

PENGARUH TERAPI SPIRITUALITAS PADA PASIEN DENGAN  
RESIKO BUNUH DIRI : *STUDY LITERATURE REVIEW*

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

Dina Fitriani

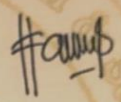
NIM: P1908082

Telah dipertahankan dalam ujian  
Pada tanggal 25 Januari 2021


PENGUJI I

PENGUJI II

  
Ns. Linda Dwi Novial Fitri, M.Kep., Sp.Kep.Jiwa

  
Ns. Siti Kholifah, S.Kep., M.Kep

Mengetahui  
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
ITKES Wiyata Husada Samarinda

  
Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep., M.Kep., Sp. Kep.MB

NIDN. 1128058801

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : DINA FITRIANI

NIM : P1908082

Judul KIAN : **"Pengaruh terapi spiritualitas pada pasien dengan resiko bunuh diri: *studi literature riview*"**

Menyatakan bahwa karya ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang di kutip maupun yang di rujuk telah saya nyatakan dengan benar.



Samarinda, Februari 2021

Yang membuat pernyataan,

Penulis

## LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

---

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : DINA FITRIANI

NIM : P1908082

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**"Pengaruh terapi spiritualitas pada pasien dengan resiko bunuh diri: studi literature rview"**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, ITKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengolah dalam bentuk pangkalan data (database),merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya,

Samarinda, Februari 2021  
Yang menyatakan

Penulis

## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan berkat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul " **Pengaruh terapi spiritualitas pada pasien dengan resiko bunuh diri : Studi literature review** ". Penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners pada Program Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersamaan ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sedalam dalamnya kepada :

1. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Dr. Eka Ananta Sidharta, S.E., M.M.C.A (L) selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri., S.Kep., SP, Kep.MB selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan dan Koordinator KIAN Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda. Terimakasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
4. Ns. Desy Ayu Wardani, M.Kep.,Sp.,M.Kep.Mat selaku penanggung jawab Profesi Ners yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan semangat luar biasa untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
5. Ns. Siti Kholifah,M.Kep selaku pembimbing terimakasih atas saran dan ilmu yang diberikan dan mengarahkan saya dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Ns. Linda Dwi Novial Fitri, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.,Jiwa Selaku Dosen Penguji, terima kasih telah menyediakan waktu, dukungan, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam melakukan penyusunan Karya Ilmiah ini.
7. Segenap Dosen dan Tenaga Kependidikan Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

8. Teristimewa kedua orang tua penulis Bapak Dianto dan Ibu Sumalem, kakak peneliti Joko Yuono dan Sriana serta keponakan Diva Meyda Putri J.S dan Aqila Kimberly Anastasya Putri yang selalu memberikan dukungan, semangat, motivasi dan selalu mendoakan keberhasilan saya.
9. Sahabat saya Renny Chandra Kumala, Salmiati dan Vera Melida yang selalu memberi semangat dan memberi dukungan.
10. Teman-teman peminatan Karya Ilmiah Akhir Ners Jiwa kak Narsih, kak Eka, Citra, Eva dan Dwi yang selalu senantiasa membantu dan mensupport dalam membuat Karya Ilmiah ini.
11. Teman-teman seperjuangan PSIK angkatan 2015, sahabat dan semua pihak yang telah membantu dalam memberikan dukungan dan gagasan dalam penyusunan Karya Ilmiah ini.

Penulis juga mengucapkan banyak terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini, dan saya membutuhkan masukan yang konstruktif demi kesempurnaan Karya Ilmiah Ini. semoga Allah SWT berkenan membalas kebaikan kita semua dan Karya Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu.

Samarinda, Januari 2020

Penulis

# PENGARUH TERAPI SPIRITUALITAS PADA PASIEN DENGAN RESIKO BUNUH DIRI : STUDI *LITERATURE RIVEW*

Dina Fitriani<sup>1</sup>, Siti Kholifah<sup>2</sup>

Program Profesi Ners ITKES Wiyata Husada Samarinda

Email : [dipomaida05@gmail.com](mailto:dipomaida05@gmail.com)

---

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, menunjukkan penderita gangguan jiwa berat di Indonesia adalah 7% per mil pada tahun 2018. Menurut data Riskesdas Provinsi Kalimantan Timur (2018) didapat prevalensi skizofrenia mencapai 5% per mil. **Tujuan:** Menganalisis pengaruh terapi spiritualitas terhadap pasien dengan resiko bunuh diri. **Hasil:** dari ke 5 jurnal yang dianalisis menyimpulkan bahwa terapi spiritual efektif diberikan pada pasien dengan resiko bunuh diri. **Kesimpulan:** Literature rivew ini mencoba memberikan gambaran terkait beberapa artikel penelitian dan hasil penelitian tentang bagaimana spiritual pasien dan dampak yang dirasakan oleh pasien terhadap sakit yang dialami, Berdasarkan hasil penelitian dari jurnal yang telah dikumpulkan dengan jumlah 5 artikel yang telah dirivew secara sistematis didapatkan bahwa terapi spiritualitas efektif diberikan pada pasien dengan resiko bunuh diri. **Saran:** Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan pengaruh terapi spiritualitas pada pasien dengan resiko bunuh diri.

**Kata Kunci :** *Resiko bunuh diri, Terapi Spiritualitas*

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Profesi Ners IITKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Dosen Profesi Ners ITKES Sains Wiyata Husada Samarinda

# THE EFFECT OF SPIRITUALITY THERAPY ON PATIENTS WITH RISK OF SUICIDE: LITERATURE REVIEW STUDY

Dina Fitriani<sup>1</sup>, Siti Kholifah<sup>2</sup>

Professional Nurse Program ITKES Wiyata Husada Samarinda

Email : [dipomaida05@gmail.com](mailto:dipomaida05@gmail.com)

---

## ABSTRACT

**Background:** Based on the research results by Basic Health Research (*Riskesdas*) 2018, it showed that people with serious mental disorders in Indonesia are 7% per mil in year 2018. According to *Riskesdas's* data, in East Kalimantan Province (2018) there was found that schizophrenia prevalence was up to 5% per mil. **Objective:** Analyzing the effect of spirituality therapy on patients with risk of suicide. **Result:** Out of 5 analyzed journals, all concluded that spiritual therapy is effective to be given to patients with risk of suicide. **Conclusion:** This literature review tries to give illustration relating to several research articles and research results about how patient's spirituality and its effects which is felt by the patient against the pain experienced. Based on the results from the 5 articles collected and reviewed systematically, it was found that spirituality therapy is effective to be given to patients with risk of suicide. **Suggestion:** This result of this research can hopefully be a reference for the next researches who design a research of the effect of spirituality therapy on patients with risk of suicide.

**Key words :** Risk of Suicide, Spirituality Therapy

1 Student of Professional Nurse Program ITKES Sains Wiyata Husada Samarinda

2 Lecturer of Professional Nurse Program ITKES Sains Wiyata Husada Samarinda



## DAFTAR ISI

|  |      |
|--|------|
| HALAMAN JUDUL .....                          | i    |
| LEMBAR PERSETUJUAN .....                     | ii   |
| LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN .....             | iii  |
| LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI..... | iv   |
| KATA PENGANTAR .....                         | v    |
| ABSTRAK .....                                | vii  |
| DAFTAR ISI .....                             | viii |
| DAFTAR TABEL .....                           | x    |
| DAFTAR SKEMA .....                           | xi   |
| DAFTAR LAMPIRAN .....                        | xii  |
| <b>BAB I PENDAHULUAN</b>                     |      |
| A. Latar Belakang .....                      | 1    |
| B. Rumusan Masalah .....                     | 3    |
| C. Tujuan Penelitian .....                   | 3    |
| D. Manfaat Penelitian.....                   | 3    |
| <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>               |      |
| A. Konsep Teori Resiko Bunuh Diri.....       | 5    |
| 1. Deskripsi .....                           | 5    |
| 2. Penyebab .....                            | 5    |
| 3. Kategori resiko bunuh diri .....          | 6    |
| 4. Tanda dan gejala.....                     | 7    |
| 5. Rentang respon protektif diri.....        | 8    |
| 6. Akibat.....                               | 9    |
| 7. Faktor-faktor resiko bunuh diri .....     | 9    |
| 8. Faktor predisposisi.....                  | 11   |
| 9. Faktor presipitasi .....                  | 14   |
| 10. Sumber koping .....                      | 14   |
| 11. Mekanisme koping .....                   | 14   |
| 12. Pohon masalah .....                      | 15   |
| B. Konsep Teori Terapi Modalitas .....       | 15   |
| 1. Definisi terapi modalitas .....           | 15   |
| 2. Jenis-jenis terapi modalitas .....        | 16   |
| 3. Terapi spiritualisme ....                 | 19   |
| 4. Manfaat terapi spiritualisme.....         | 20   |
| 5. Karakteristik klien .....                 | 20   |

**BAB III METODE PENULISAN**

A. Resume Kasus ..... 24  
B. Desain Penelitian..... 25  
C. Pencarian Literature ..... 25  
D. Batasan Waktu Publikasi ..... 26  
E. Kriteria Inklusi dan Eksklusi ..... 26  
F. Seleksi Studi dan Penelitian Kualitas ..... 27

**BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil Penelitian ..... 28  
B. Analisis Jurnal..... 30  
C. Pembahasan ..... 34

**BAB V PENUTUP**

A. Kesimpulan ..... 37  
B. Saran ..... 37

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabel 2.1</b> Nursing Care Plan.....  | 22 |
| <b>Tabel 3.1</b> Format PICOS framework Terapi Spiritualitas Pada Pasien RBD26 |    |
| <b>Tabel 4.1</b> Rangkuman Hasil Pencarian Literature .....                    | 30 |



## DAFTAR SKEMA

|   |    |
|---|----|
| <b>Skema 1.1</b> Rentang Respon Protektif Diri.....         | 8  |
| <b>Skema 1.2</b> Pohon Masalah.....                         | 13 |
| <b>Skema 3.1</b> Seleksi Studi dan Penelitian Kualitas..... | 27 |



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Riwayat hidup

Lampiran 2 : Asuhan Keperawatan

Lampiran 3 : SAP Terapi Spiritualitas'



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan social sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Maka jika seseorang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia disebut orang dengan gangguan jiwa (UU RI NO.18 tahun 2014).

Kesehatan jiwa merupakan kondisi seorang individu yang sejahtera. Artinya individu tersebut mampu mencapai kebahagiaan, ketenangan, kepuasan, aktualisasi diri, dan mampu optimis atau berfikir di segala situasi baik terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan penyebab utama kematian secara global untuk semua umur dan hamper satu juta orang meninggal karena bunuh diri setiap tahunnya (Schwartz, 2012)

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, menunjukkan penderita gangguan jiwa berat di Indonesia adalah 7% per mil pada tahun 2018. Menurut data Riskesdas Provinsi Kalimantan Timur (2018) didapat prevalensi skizofrenia mencapai 5% per mil. Tingkat bunuh diri secara global adalah 16 kasus bunuh diri per 100.000 penduduk. Lebih spesifik lagi, 18 kasus bunuh diri per 100.000 laki-laki dan 11 kasus bunuh diri per 100.000 perempuan. Studi klinis telah menunjukkan bahwa di kebanyakan Negara, kasus bunuh diri didominasi oleh laki-laki, meskipun ada pengecualian penting, seperti China.

Menurut WHO Global Health Estimates, angka kematian akibat bunuh diri di Indonesia tahun 2016 sebesar 3,4/mil penduduk, laki-laki (4,8/mil penduduk) lebih tinggi dibandingkan perempuan (2,0/mil penduduk). Secara umum, angka kejadian semakin tinggi pada kelompok

umur yang lebih tua, kecuali kelompok umur 20-29 tahun sebesar 5,1 per mil penduduk yang lebih tinggi dibandingkan kelompok umur 30-39, 40-49 dan 50-59 tahun. Jika diasumsikan pada tahun 2018 angka kejadian akibat bunuh diri tidak berubah, dan penduduk Indonesia tahun 2018 sejumlah 265 juta, maka dapat dihitung perkiraan jumlah kematian akibat bunuh diri di Indonesia sekitar 9.000 kasus pertahun.

Bunuh diri merupakan tindakan agresif yang merusak diri sendiri dan dapat mengakhiri kehidupan. Perilaku bunuh diri yang tampak pada seseorang disebabkan karena stress yang tinggi dan kegagalan mekanisme coping yang digunakan dalam mengatasi masalah (Keliat, Akemat, Helena, & Nurhaeni, 2011)

Perilaku mengakhiri kehidupan (bunuh diri) yang dilakukan oleh pasien skizofrenia termasuk dalam salah satu kasus kegawatdaruratan psikiatri, (Kemenkes, RI, 2010). Sehingga tinggi atau rendahnya kuantitas layanan pada kasus diatas menjadi barometer mutu layanan psikiatri keseluruhan.

Spiritualitas merupakan bentuk keyakinan dalam hubungan dengan Yang Maha Kuasa, keyakinan spiritual akan menjadikan seseorang mempertahankan keharmonisan, keselarasan dengan dunia luar. Keyakinan spiritual dapat mempengaruhi tingkat kesehatan dan perilaku dalam perawatan pasien. Terpenuhinya kebutuhan spiritual apabila seseorang tersebut mampu mengembangkan rasa syukur, sabar serta ikhlas (Yusuf, Putra, & Probowati, 2012)

Penulis memaparkan bagaimana peran agama perlu untuk dilibatkan dalam intervensi pencegahan resiko bunuh diri. Sebuah penelitian mengungkapkan resiko bunuh diri dapat diturunkan dengan melibatkan peran keyakinan spiritual atau keagamaan pada diri individu sehingga tingkat kesehatan mental pun menjadi lebih baik dan keyakinan spiritual ini seringkali dikaitkan dengan resiko bunuh diri yang lebih rendah serta dapat meningkatkan status kesehatan mental yang lebih baik.

Literature review ini bertujuan untuk memberikan informasi tentang bagaimana gambaran informasi tentang bagaimana gambaran

intervensi spiritualitas pada pasien resiko bunuh diri. Dimana asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien tidak hanya dalam bentuk farmakologi akan tetapi dapat diberikan non farmakologi dengan pendekatan spiritual.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan diatas, maka rumusan masalah dalam karya ilmiah ini adalah "Bagaimana pengaruh terapi spiritual terhadap perubahan gejala bunuh diri "

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan umum**

Untuk mengetahui pengaruh terapi spiritualitas terhadap pasien dengan resiko bunuh diri

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mengidentifikasi pengaruh terapi spiritualitas terhadap pasien dengan resiko bunuh diri
- b. Menganalisis pengaruh terapi spiritualitas terhadap pasien dengan resiko bunuh diri

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini menjadi sebuah bahan kajian untuk pembelajaran dalam bidang keilmuan keperawatan jiwa.

### **2. Manfaat Praktis**

Manfaat praktis pada penelitian ini mencakup :

#### **a. Perawat Jiwa**

Hasil yang dilakukan ini diharapkan dapat menjadi motivasi bagi perawat jiwa di ruangan rawat inap bahwa terapi spiritualitas bisa menjadi salah satu alternative terapi mandiri bagi perawat dalam memberikan asuhan kepaerawatan terutama pada pasien dengan depresi atau harga diri rendah kronis yang terdeteksi berisiko

melakukan bunuh diri. Hal ini diharapkan dapat menambah kepercayaan diri perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dan konselor bagi pasien dan keluarga pasien sehingga mutu keperawatan yang optimal dapat dicapai.

**b. Rumah Sakit**

Penelitian ini memberikan alternative pilihan terapi bagi manajemen keperawatan atau pengambil kebijakan di Rumah Sakit. Harapannya adalah asuhan keperawatan bagi pasien dengan gangguan kejiwaan dapat dilakukan secara optimal sehingga meningkatkan mutu pelayanan psikiatri secara keseluruhan.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. Deskripsi**

Resiko bunuh diri adalah perilaku merusak diri yang langsung dan disengaja untuk mengakhiri kehidupan (Litaqia & Permana, 2019) . Individu secara sadar berkeinginan untuk mati, sehingga melakukan tindakan-tindakan untuk mewujudkan keinginan tersebut. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan bunuh diri sebagai tindakan membunuh diri sendiri. Tindakan itu harus dilakukan sengaja dan dilakukan oleh orang yang bersangkutan dengan pengetahuan penuh, atau harapan, atau akibat fatal.

Bunuh diri merupakan salah satu dari 20 penyebab utama kematian secara global untuk semua umur dan hamper satu juta orang meninggal karena bunuh diri setiap tahunnya (Schwartz, 2012). Tingkat bunuh diri secara global adalah 16 kasus bunuh diri per 100.000 penduduk. Lebih spesifik lagi, 18 kasus bunuh diri per 100.000 laki-laki dan 11 kasus bunuh diri per 100.000 perempuan. Studi kasus bunuh diri didominasi oleh laki-laki, meskipun ada pengecualian penting, seperti China.

##### **2. Penyebab**

Pada umumnya, penyebab utama dari bunuh diri adalah ketidakmampuan individu untuk menyelesaikan masalah. (Iskandar, Angraini, & Rahman, 2019) Etiologi dari resiko bunuh diri meliputi :

###### **a. Faktor genetik**

Faktor genetik mempengaruhi terjadinya risiko bunuh diri pada keturunannya. Lebih sering terjadi pada kembar monozygot dari pada kembar dizigot. Disamping itu, terdapat penurunan serotonin yang dapat menyebabkan depresi. Hal ini turut berkontribusi pada terjadinya resiko bunuh diri. Prevalensi bunuh diri berkisar antara

1,5-3 kali lebih besar terjadi pada individu yang menjadi kerabat tingkat pertama dari orang yang mengalami gangguan perasaan (gangguan mood) atau depresi yang pernah melakukan upaya bunuh diri.

b. Faktor biologis

Faktor ini biasanya berhubungan dengan keadaan-keadaan tertentu, seperti adanya penyakit kronis atau kondisi medis tertentu, seperti stroke, gangguan kerusakan kognitif (dimensia), diabetes, penyakit arteri koronaria, kanker, HIV/AIDS, dan lain-lain.

c. Faktor psikososial dan lingkungan

Berdasarkan teori psikoanalitik/psikodinamika, bunuh diri merupakan hasil dari marah yang diarahkan pada diri sendiri, yaitu bahwa kehilangan objek berkaitan dengan agresi dan kemarahan, perasaan negative terhadap diri sendiri dan terakhir depresi. Sementara itu, berdasarkan teori perilaku kognitif, Beck menyatakan bahwa hal ini berkaitan dengan adanya pola kognitif yang berkembang, memandang rendah diri sendiri.

d. Stressor lingkungan

Kehilangan anggota keluarga, penipuan, kurangnya system dukungan social. Durkheim membagi suicide ke dalam tiga kategori, yaitu : egoistic (orang yang tidak terintegrasi pada kelompok social), altruistic (melakukan bunuh diri untuk kebaikan orang lain), dan anomic (bunuh diri karena kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain dan beradaptasi dengan stressor).

### 3. Kategori Resiko Bunuh Diri

Resiko bunuh diri terdiri dari 3 kategori, yakni :

a. Isyarat bunuh diri

Isyarat bunuh diri ditunjukkan dengan perilaku tidak langsung (gelagat) ingin bunuh diri, misalnya dengan mengatakan: "Tolong jaga anak-anak karena saya akan pergi jauh !" atau "Segala sesuatu akan lebih baik tanpa saya." Pada kondisi ini, klien mungkin sudah

memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya, namun tidak disertai dengan ancaman dan percobaan bunuh diri. Klien umumnya mengungkapkan perasaan, seperti rasa bersalah, sedih, marah, putus asa, atau tidak berdaya. Klien mengungkapkan hal-hal negative tentang diri sendiri yang menggambarkan risiko bunuh diri.

b. Ancaman bunuh diri

Ancaman bunuh diri umumnya diucapkan oleh klien, berisi keinginan untuk mati disertai dengan rencana untuk mengakhiri kehidupan dan persiapan alat untuk melaksanakan rencana tersebut. Secara aktif, klien telah memikirkan rencana bunuh diri, namun tidak disertai dengan percobaan bunuh diri. Walaupun dalam kondisi ini klien belum pernah mencoba bunuh diri, pengawasan ketat harus dilakukan. Kesempatan sedikit saja dapat dimanfaatkan klien untuk melaksanakan rencana bunuh diri.

c. Percobaan bunuh diri

Percobaan bunuh diri adalah tindakan klien mencederai atau melukai diri untuk mengakhiri kehidupan. Pada kondisi ini, klien aktif mencoba bunuh diri dengan berbagai cara. Beberapa cara bunuh diri tersebut antara lain, gantung diri, minum racun. Memotong urat nadi, atau menjatuhkan diri dari tempat yang tinggi.

#### 4. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala resiko bunuh diri dapat dinilai dari ungkapan klien yang menunjukkan keinginan atau pikiran untuk mengakhiri hidup dan didukung dengan data hasil wawancara dan observasi . data yang digunakan adalah data subjektif dan objektif. (damayanti, 2012)

a. *Data subjektif*

Klien mengungkapkan tentang :

- 1) Merasa hidupnya tak berguna lagi
- 2) Ingin mati

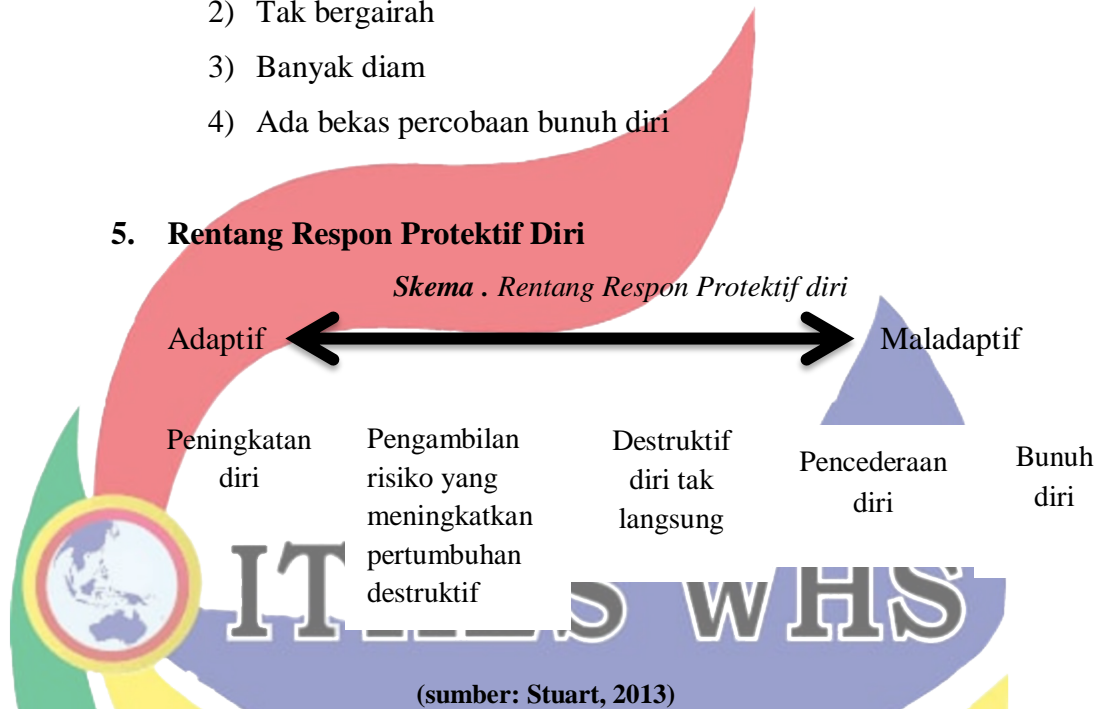
- 3) Pernah mencoba bunuh diri
- 4) Mengancam bunuh diri
- 5) Merasa bersalah, sedih, marah, putus asa, tidak berdaya

**b. Data objektif**

Data objektif resiko bunuh diri adalah :

- 1) Ekspresi murung
- 2) Tak bergairah
- 3) Banyak diam
- 4) Ada bekas percobaan bunuh diri

**5. Rentang Respon Protektif Diri**



**Keterangan :**

- a. Peningkatan diri yaitu seorang individu mempunyai pengharapan, keyakinan dan kesadaran diri meningkat. Seseorang dapat meningkatkan proteksi atau pertahanan diri secara wajar terhadap situasional yang membutuhkan pertahanan diri.
- b. Pengambilan risiko yang meningkatkan pertumbuhan merupakan posisi pada rentang yang masih normal dialami oleh seseorang individu yang sedang membutuhkan pertahanan diri.
- c. Destruktif diri tak langsung merupakan pengambilan sikap yang kurang tepat (maladaptive) terhadap situasi pemertahanan diri. Perilaku ini melibatkan setiap aktivitas yang merusak kesejahteraan fisik individu dan dapat mengarah kepada kematian, seperti perilaku merusak, mengebut, berjudi, tindakan criminal, terlibat

dalam rekreasi yang berisiko tinggi, penyalahgunaan zat, perilaku yang menyimpang secara sosial, dan perilaku yang menimbulkan stress.

- d. Pencederaan diri, yaitu suatu tindakan yang membahayakan diri sendiri yang dilakukan dengan sengaja. Pencederaan dilakukan terhadap diri sendiri, tanpa bantuan orang lain dan cedera tersebut cukup parah untuk melukai tubuh
- e. Bunuh diri, yaitu tindakan agresif yang langsung terhadap diri sendiri untuk mengakhiri kehidupan.

## 6. Akibat

Resiko bunuh diri dapat mengakibatkan sebagai berikut :

- a. Keputusan
- b. Menyalahkan diri sendiri
- c. Perasaan gagal dan tidak berharga
- d. Perasaan tertekan
- e. Insomnia yang menetap
- f. Penurunan berat badan
- g. Berbicara lamban, keletihan
- h. Menarik diri dari lingkungan sosial
- i. Pikiran dan rencana bunuh diri
- j. Percobaan atau ancaman verbal

## 7. Faktor-faktor resiko bunuh diri

Menurut Nanda (Aulia & Sasmita, 2019) faktor-faktor risiko bunuh diri adalah :

- a. Perilaku
  - 1) Membeli senjata
  - 2) Mengubah surat warisan
  - 3) Memberikan harta milik atau kepemilikan
  - 4) Riwayat upaya bunuh diri sebelumnya
  - 5) Impulsive
  - 6) Membuat surat warisan

- 7) Perubahan sikap yang nyata
  - 8) Perubahan perilaku yang nyata
  - 9) Membeli obat dalam jumlah banyak
- b. Demografik
- 1) Usia (mis, lansia, pria dewasa muda, remaja)
  - 2) Perceraian
  - 3) Jenis kelamin
  - 4) Ras (mis, orang kulit putih, suku asli-amerika)
  - 5) Janda atau duda
- c. Fisik
- 1) Nyeri kronik
  - 2) Penyakit fisik
  - 3) Penyakit terminal
- d. Psikologis
- 1) Penganiayaan masa kanak-kanak
  - 2) Riwayat bunuh diri dalam keluarga
  - 3) Rasa bersalah
  - 4) Remaja homoseksual
  - 5) Gangguan psikiatrik
  - 6) Penyakit psikiatrik
  - 7) Penyalahgunaan zat
- e. Situasional
- 1) Remaja yang tinggal ditatanan nontradisional (mis, penjara anak-anak, penjara, rumah singgah, rumah grup atau kelompok)
  - 2) Ketidakstabilan ekonomi
  - 3) Institusionalisasi
  - 4) Tinggal sendiri
  - 5) Kehilangan otonomi
  - 6) Kehilangan kebebasan
  - 7) Adanya senjata di dalam rumah
  - 8) Relokasi atau pindah rumah

- 9) pensiun
- f. Social
  - 1) Gangguan kehidupan keluarga
  - 2) Masalah disiplin
  - 3) Berduka
  - 4) Tidak berdaya
  - 5) Putus asa
  - 6) Kesepian
  - 7) Kehilangan hubungan yang penting
  - 8) Isolasi social
- g. Verbal
  - 1) Menyatakan keinginan untuk
  - 2) Mengancam bunuh diri

## 8. Faktor predisposisi

Twonsend (2009) menyatakan bahwa faktor predisposisi dari risiko bunuh diri diklasifikasikan menjadi tiga, yaitu faktor biologis, faktor psikologis, dan faktor social budaya.

### a. Faktor biologis

Faktor-faktor biologis meliputi faktor genetik dan faktor neurokimia (Townsend, 2009). Perilaku bunuh diri sangat bersifat familial (keturunan). Riwayat keluarga tentang perilaku bunuh diri berkaitan dengan usaha bunuh diri dan bunuh diri sepanjang siklus hidup dan diagnosis psikiatri. Transmisi ini terlepas dari transmisi gangguan kejiwaan. Sebaliknya, perilaku-perilaku bunuh diri tampaknya dimediasi oleh transmisi kecenderungan agresif impulsif, sifat yang mengarahkan klien ke kecenderungan yang lebih tinggi untuk bertindak atas pemikiran bunuh diri. Sementara itu, berdasarkan penelitian yang telah dilakukan berkaitan dengan faktor neurokimia, klien depresi yang mencoba bunuh diri mengalami kekurangan serotonin dan perubahan dalam system noradrenergic.

b. Faktor psikologis

Klien resiko bunuh diri mempunyai riwayat agresi dan kekerasan, kemarahan, keputusasaan dan rasa bersalah, rasa malu, dan terhina dan stressor.

1) Kemarahan

Freud dalam (Husni, 2018) percaya bahwa bunuh diri merupakan respons terhadap kebencian diri yang dimiliki seorang individu. Dia menafsirkan bahwa bunuh diri merupakan tindakan agresif terhadap diri sendiri yang seringkali sebenarnya diarahkan pada orang lain.

2) Keputusasaan dan rasa bersalah

Seorang individu yang putus asa merasa tak berdaya untuk berubah, tapi dia juga merasa bahwa hidup itu tidak mungkin tanpa perubahan semacam itu. Rasa bersalah dan pembenaran diri adalah aspek lain dari keputusasaan. Komponen afektif ini di temukan pada veteran Vietnam dengan gangguan stress pascatrauma yang menunjukkan perilaku bunuh diri (Dewi & Erawati, 2020)

3) Riwayat agresi dan kekerasan

Penelitian menunjukkan bahwa perilaku kekerasan sering berjalan beriringan dengan perilaku bunuh diri (Dewi & Erawati, 2020). studi ini menghubungkan perilaku bunuh diri pada individu yang mengalami kekerasan hingga kemarahan secara sadar. Oleh karena itu, studi ini mengutip kemarahan sebagai faktor psikologis penting yang mendasari perilaku bunuh diri (Hendim dalam Twonsend 2009).

4) Rasa malu dan terhina.

Bunuh diri sebagai mekanisme untuk "menyelamatkan muka", sebuah cara yang dirasakan klien dapat mencegahnya dari penghinaan public menyusul adanya kekalahan social, seperti kehilangan status atau kehilangan materi yang tiba-tiba.

Seringkali orang-orang ini terlalu malu untuk mencari pengobatan atau system pendukung lainnya (Twonsend, 2009)

#### 5) Stressor

Stressor konflik, perpisahan, dan penolakan berkaitan dengan perilaku bunuh diri pada masa remaja dan masa dewasa muda. Stressor utama yang berhubungan dengan perilaku bunuh diri kelompok berusia 40 hingga 60 tahun adalah masalah ekonomi. Sementara itu, setelah usia 60 tahun, penyakit medis memainkan peran yang signifikan sebagai stressor dan menjadi faktor predisposisi utama terhadap perilaku bunuh diri pada individu yang berumur lebih dari 80 tahun.

#### c. Faktor social budaya

Durkheim menggambarkan tiga kategori social bunuh diri :

##### 1) Bunuh diri egoistic

Bunuh diri egoistic merupakan respons individu yang merasa terpisah dan terlepas dari arus utama masyarakat. Integrasi kurang dan individu tidak merasa menjadi bagian dari kelompok kohesif (seperti keluarga atau gereja)

##### 2) Bunuh diri altruistik

Bunuh diri altruistic adalah kebalikan dari bunuh diri egoistic. Individu yang rentan terhadap bunuh diri altruistic adalah individu yang secara berlebihan diintegrasikan ke dalam kelompok. Kelompok ini sering diatur oleh ikatan budaya, agama atau politik, dan kesetiaan yang begitu kuat. Sehingga individu bersedia mengorbankan hidupnya untuk kelompok tersebut.

##### 3) Bunuh diri anomik

Bunuh diri anomik terjadi sebagai respon terhadap yang terjadi dalam kehidupan seseorang (misalnya, perceraian, kehilangan pekerjaan ) yang mengganggu perasaan berkaitan dengan kelompok . interupsi dalam norma kebiasaan perilaku

menanamkan perasaan "keterpisahan" dan ketakutan pada ketiadaan dukungan dari kelompok kohesif sebelumnya.

### 9. Faktor presipitasi

Faktor pencetus resiko bunuh diri adalah :

- a. Kehilangan hubungan interpersonal atau gagal melakukan hubungan yang berarti
- b. Kegagalan beradaptasi, sehingga tidak dapat menghadapi stress
- c. Perasaan marah atau bermusuhan di mana bunuh diri dapat merupakan hukuman pada diri sendiri
- d. Cara untuk mengakhiri keputusan

### 10. Sumber koping

Tingkah laku bunuh diri biasanya berhubungan dengan faktor social dan kultural. Dukheim membuat urutan tentang tingkah laku bunuh diri. Berdasarkan motivasi seseorang terdapat tiga subkategori bunuh diri, yaitu :

- a. Bunuh diri egoistic  
Akibat seseorang yang mempunyai hubungan social yang buruk
- b. Bunuh diri altruistic  
Akibat kepatuhan pada adat dan kebiasaan
- c. Unuh diri anomik  
Akibat lingkungan tidak dapat memberikan kenyamanan bagi individu

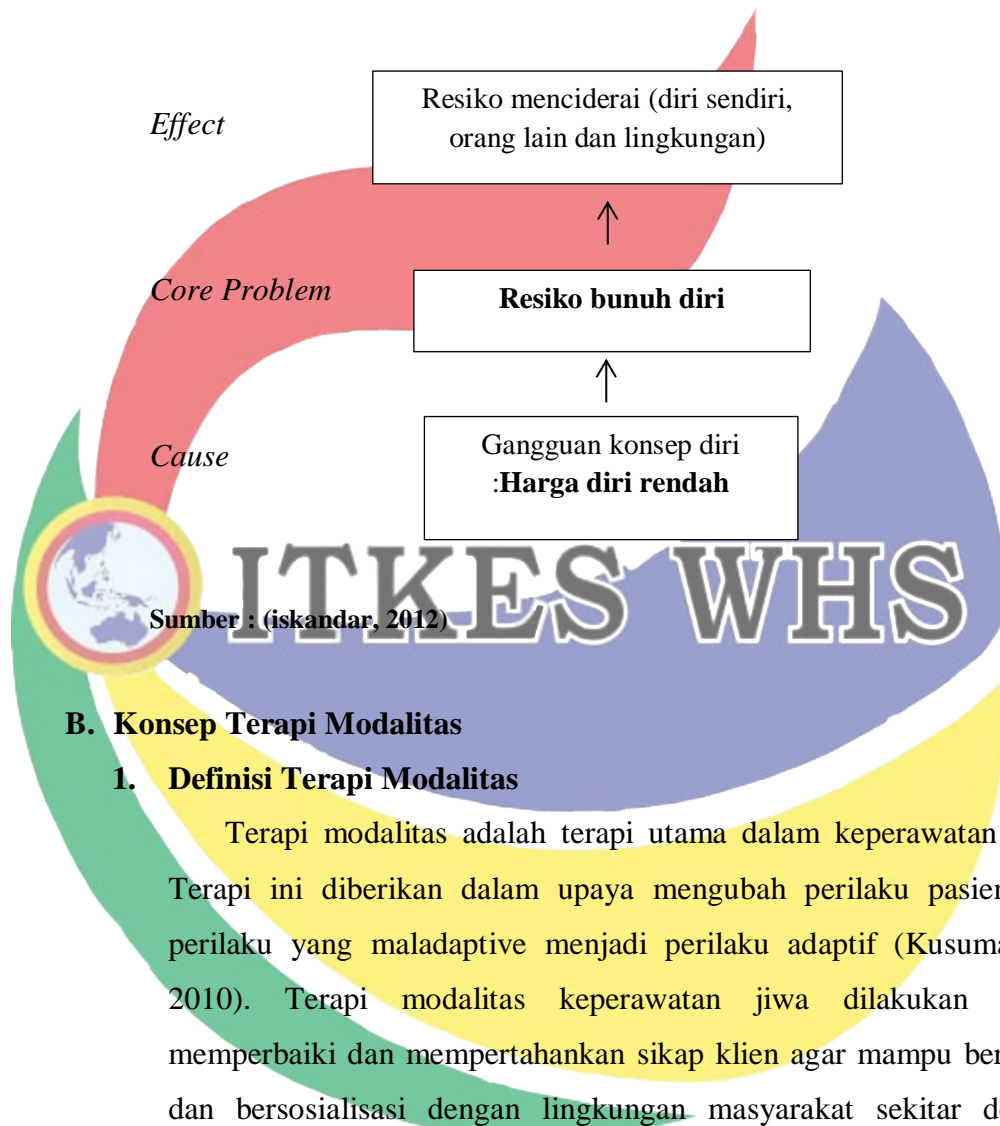
### 11. Mekanisme koping

Keterampilan koping yang terlihat adalah sikap berupa kehilangan batas realita, menarik dan mengisolasi diri, tidak memanfaatkan system pendukung, melihat diri sebagai orang yang secara total tidak berdaya. Mekanisme pertahanan ego yang berhubungan dengan perilaku pengerusakan diri tak langsung adalah pengingkaran (denial).

Sementara itu, mekanisme koping yang paling menonjol adalah rasionalisasi, intelektualisasi, dan regresi.

## 12. Pohon masalah

skema 1.2 Pohon masalah



Sumber : (iskandar, 2012)

### B. Konsep Terapi Modalitas

#### 1. Definisi Terapi Modalitas

Terapi modalitas adalah terapi utama dalam keperawatan jiwa. Terapi ini diberikan dalam upaya mengubah perilaku pasien dan perilaku yang maladaptive menjadi perilaku adaptif (Kusumawati, 2010). Terapi modalitas keperawatan jiwa dilakukan untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap klien agar mampu bertahap dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan klien dapat terus bekerja dan tetap berhubungan dengan keluarga, teman, dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan klien dapat terus bekerja dan terus bekerja dan tetap berhubungan dengan keluarga,teman, dan system pendukung yang ada ketika menjalani terapi (Nasir et al, 2011).

Menurut (Direja, 2011) terapi modalitas bertujuan agar pola perilaku atau kepribadian seperti keterampilan koping, gaya komunikasi dan tingkat harga diri secara bertahap dapat berkembang. Mengingat bahwa klien dengan gangguan jiwa membutuhkan pengawasan yang ketat dan lingkungan suportif yang aman. Beberapa terapi keperawatan didasarkan ilmu dan seni keperawatan jiwa.

## 2. Jenis-jenis Terapi Modalitas

Ada beberapa jenis terapi modalitas, menurut (Dahlia, 2009) antara lain :

### a. Terapi Individual

Terapi individual adalah penanganan klien gangguan jiwa dengan pendekatan hubungan individual antara seorang terapis dengan seorang klien. Suatu hubungan yang terstruktur yang terjalin antara perawat dan klien untuk mengubah perilaku klien.

### b. Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan adalah bentuk terapi yaitu menata lingkungan agar terjadi perubahan perilaku pada klien dari perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif. Perawat menggunakan semua lingkungan rumah sakit dalam arti terapeutik. Bentuknya adalah memberi kesempatan klien untuk tumbuh dan berubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi.

### c. Terapi Biologis

Penerapan teori biologis atau terapi somatic didasarkan pada model medical dimana gangguan jiwa dipandang sebagai penyakit. Ini berbeda dengan model konsep yang lain yang memandang bahwa gangguan jiwa murni adalah gangguan pada jiwa semata, tidak mempertimbangkan adanya kelainan patofisiologis. Tekanan model medical adalah pengkajian spesifik dan pengelompokan gejala dalam sindrom spesifik.

**d. Terapi Keluarga**

Terapi keluarga adalah terapi diberikan kepada seluruh anggota keluarga sebagai unit penanganan (treatment unit). Tujuan terapi keluarga adalah agar keluarga mampu melaksanakan fungsinya. Untuk itu sasaran utama terapi jenis ini adalah keluarga yang mengalami disfungsi.

**e. Terapi Kelompok**

Terapi kelompok adalah bentuk terapi kepada klien yang dibentuk dalam kelompok, suatu pendekatan perubahan perilaku melalui media kelompok. Dalam terapi kelompok perawat berinteraksi dengan sekelompok klien secara teratur. Tujuannya adalah meningkatkan kesadaran diri klien, meningkatkan hubungan interpersonal dan mengubah perilaku maladaptive.

**f. Terapi Perilaku**

Anggapan dari terapi perilaku adalah kenyataan bahwa perilaku timbul akibat proses pembelajaran. Perilaku sehat oleh karenanya dapat dipelajari dan disubsitisi dari perilaku yang tidak sehat. Teknik dasar yang digunakan dalam terapi jenis ini adalah role model, kondisioning operan, sensitisasi sistematis, pengendalian diri, terapi aversi atau rileks kondisi.

**g. Terapi Bermain**

Terapi bermain diterapkan karena adanya anggapan dasar bahwa anak-anak akan dapat berkomunikasi dengan baik melalui permainan dari pada berkomunikasi dengan baik melalui permainan dari pada dengan ekspresi verbal. Dengan bermain perawat dapat mengkaji tingkat perkembangan, status emosional anak, hipotesa diagnostic, serta melakukan intervensi untuk mengatasi masalah anak tersebut.

**h. Terapi Kognitif**

Terapi kognitif adalah strategi memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku klien. Proses yang diterapkan adalah membantu mempertimbangkan stressor dan

kemudian dilanjutkan dengan mengidentifikasi pola berfikir dan keyakinan yang tidak akurat tentang stressor tersebut. Gangguan perilaku terjadi akibat klien mengalami pola keyakinan dan berfikir yang tidak akurat. Untuk itu salah satu memodifikasi perilaku adalah dengan mengubah pola fikir dan keyakinan tersebut. Focus asuhan adalah membantu klien untuk reevaluasi ide, nilai yang diyakini, harapan-harapan dan kemudian dilanjutkan dengan menyusun perubahan kognitif.

#### **i. Terapi Psikoreligius/Spiritual**

Terapi psikoreligius/spiritual adalah terapi yang biasanya melalui pendekatan keagamaan.

Adapun fungsi terapi sebagai berikut :

- 1) Fungsi pencegahan (Preventif). Dengan mempelajari, memahami, dan mengaplikasikan terapi ini, maka seseorang akan terhindar dari hal-hal, keadaan atau peristiwa yang membahayakan dirinya, jiwa, mental, spiritual atau moralnya.
- 2) Fungsi penyembuhan (Treatment). Dengan adanya terapi ini akan membantu seseorang melakukan pengobatan, penyembuhan, dan perawatan terhadap gangguan atau penyakit, khususnya terhadap gangguan mental, spiritual dan kejiwaan seperti dengan dzikrullah, hati dan jiwa menjadi tenang dan damai dan lain sebagainya.
- 3) Fungsi pembersihan dan pembersihan (sterilisasi/purification). Terapi ini melakukan upaya pembersihan-pembersihan diri dari dosa. Sedangkan tujuan dari terapi adalah :
  - a) Memberikan pertolongan kepada setiap individu agar sehat jasmani dan rohani atau mental, spiritual dan moral.
  - b) Menggali dan mengembangkan potensi esensi sumber daya insani
  - c) Mengantarkan individu kepada perubahan konstruksi dalam kepribadian dan etos kerja

- d) Meningkatkan kualitas keimanan, keislaman, keikhlasan dan ketahuidan dalam kehidupan sehari-hari dan nyata.
- e) Menghantarkan individu mengenal, mencintai dan berjumpa dengan esensi diri atau jati diri dan citra diri serta dzat Yang Maha Suci yaitu Allah SWT.

### 3. Terapi Spiritualitas

Terapi spiritualitas adalah penyembuhan secara tasawuf yang bertujuan untuk mengembalikan keseimbangan, keutuhan dan kesatuan antara dunia fisik dan metafisik yang mengintegrasikan dimensi fisik, mental, emosional, dan spiritual. Banyak cara yang bisa di tempuh agar dapat melakukan terapi ini. cara-cara tersebut adalah cara yang sama dilakukan oleh para sufi yaitu melalui cara berdzikir,shalat, membaca sholawat, dan mendengarkan music.

#### a. Dzikir

Dzikir berasal dari kata dzakara, yadzkaru, dzikran, yang berarti mengingat. Sedangkan pengertian terminologinya adalah ingat kepada Allah dengan menghayati kehadiran-Nya, ke-Maha-Suciannya, dan ke-Maha-Besarannya. Dzikir dan bacaan dalam shalat membuat hati seseorang menjadi tenang. Keadaan tenang atau rileks mempengaruhi kerja system saraf dan endokrin.

#### b. Do'a

Do'a menurut bahasa adalah permohonan atau panggilan. Sedangkan do'a menurut istilah adalah meminta pertolongan kepada Allah SWT, berlindung kepadanya demi mendapatkan manfaat atau kebaikan dan menolak gangguan atau bala. Dengan do'a orang akan menyerahkan segala permasalahan kepada Allah, sehingga beban stress yang dialaminya mengalami penurunan (Yosep, 2007).

#### c. Shalat

Shalat adalah aktivitas fisik dan psikis. Kedua halite tidak dapat dipisahkan, jika seseorang melakukan shalat , berarti memadukan

antara keduanya, fisik dan psikis secara bersamaan. Selain mendekati diri kepada sang pencipta, shalat juga dipandang sebagai bentuk praktis dari berolahraga.

d. Shalawat

Shalawat adalah syarat mutlak yang dibaca atau diucapkan oleh orang yang dikatakan muslim atau mukmin, ketika menyebut Allah dalam Syahadat, tak ketinggalan nama Nabi Muhammad pun harus ikut disebut. Kekuatan shalawat adalah kekuatan yang luar biasa, karena berdo'a, belumlah lengkap jika tidak diawali dengan shalawat dan kekuatan do'a mampu mewujudkan segalanya.

e. Music

Melalui proses mendengarkan music, atau memainkan alat music, aktivitas otak akan terangsang kearah positif, dan perasaan akan menjadi tenang. Ketenangan dan semangat hidup yang kuat akan menentukan kesembuhan penyakit lebih cepat daripada keputusan.

**4. Manfaat Terapi Spiritualitas**

- a. Menurunkan gejala psikiatrik
- b. Mencegah dan melindungi dari penyakit kejiwaan, meningkatkan proses adaptasi dan penyembuhan
- c. Untuk memahami manusia sebagai makhluk biopsikososiospiritual, agar tidak mengalami kekosongan spiritual.

**5. Karakteristik Klien**

- a. Ego dan penalaran sudah mulai berfungsi kembali, sehingga interpretasi terhadap ide-ide sudah tepat
- b. Status mental tidak rentan/rapuh atau emosi yang sudah stabil
- c. Klien tidak dalam kondisi sakit, terinfeksi dan terpasang alat medis lainnya

- d. Klien dapat diajak berkerjasama (kooperatif)
- e. Beragama islam



Tabel 2.1 Nursing Care Plan

| No | SDKI  | SLKI   | SIKI   |
|----|---|--|--|
| 1. | <p><b>Resiko bunuh diri (D.0139)</b><br/>           Definisi :<br/>           Berisiko melakukan upaya menyakiti diri sendiri untuk mengakhiri kehidupan.</p> | <p><b>Control diri (L.09076)</b><br/>           Definisi :<br/>           Kemampuan untuk mengendalikan atau mengatur emosi, pikiran dan perilaku dalam menghadapi masalah.</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x6 jam, makahasil yang diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi keinginan bunuh diri (4)</li> <li>2. Verbalisasi isyarat bunuh diri (4)</li> <li>3. Verbalisasi ancaman bunuh diri (4)</li> <li>4. Perilaku merencanakan bunuh diri (4)</li> <li>5. Alam perasaan depresi (4)</li> </ol> <p>Skala :<br/>           1 = meningkat<br/>           2= cukup meningkat<br/>           3= sedang<br/>           4=cukup menurun<br/>           5=menurun</p> | <p><b>Promosi harga diri (I.09308)</b><br/>           Definisi :<br/>           Meningkatkan penilaian perasaan atau persepsi terhadap diri sendiri atau kemampuan diri<br/>           Tindakan :<br/> <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin dan usia terhadap harga diri</li> <li>2. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</li> <li>3. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri</li> <li>5. Diskusikan persepsi negative diri</li> <li>6. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Anjurkan mengevaluasi perilaku</li> <li>8. Latih cara berfikir dan berperilaku positif</li> <li>9. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi</li> </ol> |

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| 2. | <p><b>Harga diri rendah kronis (D.0086)</b><br/> <b>Definisi :</b><br/> Evaluasi atau perasaan negative terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus.</p> | <p><b>Harga diri (L.09069)</b><br/> <b>Definisi :</b><br/> Perasaan positif terhadap diri sendiri atau kemampuan sebagai respon terhadap situasi saat ini.<br/> Setelah dilakukan tindakan keperawatan ;3x6 jam, maka hasil yang diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penilaian diri positif (4)</li> <li>2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif (4)</li> <li>3. Kontak mata (4)</li> <li>4. Percaya diri berbicara (4)</li> <li>5. Kemampuan membuat keputusan (4)</li> </ol> <p>Skala<br/> 1=menurun<br/> 2=cukup menurun<br/> 3=sedang<br/> 4=cukup meningkat<br/> 5=meningkat</p> | <p><b>Promosi harga diri (L.09308)</b><br/> <b>Definisi :</b><br/> Meningkatkan penilaian perasaan atau persepsi terhadap diri sendiri atau kemampuan diri<br/> <b>Tindakan :</b><br/> <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin dan usia terhadap harga diri</li> <li>2. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</li> <li>3. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri</li> <li>5. Diskusikan persepsi negative diri</li> <li>6. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Anjurkan mengevaluasi perilaku</li> <li>8. Latih cara berfikir dan berperilaku positif</li> <li>9. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi</li> </ol> |
|----|--|--|--|

### BAB III

## METODE PENULISAN

#### A. Resume Kasus

Klien bernama Sdri RD berusia 20 tahun dengan pendidikan terakhir klien SLTA masuk Rumah Sakit Jiwa pada tanggal 06 November 2020. Pada saat pengkajian data predisposisi sebelumnya klien tidak pernah mengalami gangguan jiwa dan tidak ada riwayat aniaya dimasa lalu, serta tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Alasan klien masuk rumah sakit karena dirumah mencoba meminum baygon tapi sempat digagalkan oleh kakaknya, faktor pencetus saat dilakukan anamnesa klien mengatakan sulit mengikuti pelajaran dikampus klien merasa tidak bisa menjadi harapan orang tua dan masuk fakultas kedokteran adalah keinginan ayahnya dan bukan merupakan cita-cita klien. Saat dikaji klien lebih banyak menangis, bicara pelan, untuk kebutuhan makan dimotivasi.

Saat pengkajian tidak dikaji bagaimana penilaian klien terhadap stressor yang dihadapi klien. Sumber koping yang dimiliki pasien adalah ayahnya. Saat menghadapi stressor mekanisme koping klien adalah menyalahkan ayahnya yang tidak memberikan kebebasan dalam memilih fakultas yang diinginkan.

## B. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah *Literature rivew*, dengan Design penelitian *systematic literature riview* adalah cara untuk mengumpulkan, mengevaluasi secara kritis, mengintegrasikan dan menyajikan temuan dari berbagai studi penelitian pada pertanyaan penelitian atau topic yang menarik. *Systematic literature rivew* menyediakan cara untuk menilai tingkat kualitas bukti yang ada pada pertanyaan atau topic yang menarik. SLR memberikan tingkat pemahaman yang lebih luas dan lebih akurat dari pada tinjauan literature secara tradisional. Dalam (Nursalam, 2020). *Systematic literature riview* merupakan suatu proses mengidentifikasi, menilai, dan menafsirkan semua bukti penelitian yang tersedia, untuk memberikan jawaban untuk pertanyaan penelitian tertentu (Wahono, 2016). *Sistemaic literature riview* ini dilakukan pada jurnal berkaitan dengan terapi spiritualisme pada pasien dengan resiko bunuh diri untuk kemudian dilakukan ulasan atau tinjauan. Output dari *systematic literature review* ini adalah terkoleksinya referensi yang relevan dengan perumusan masalah. Tujuannya adalah untuk memperkuat keefektifan terapi spiritualisme pada pasien dengan resiko bunuh diri.

## C. Pencarian Literature

Data yang diperoleh dalam penulisan *literature riview* ini adalah data sekunder yang diperoleh bukan dari pengalaman langsung, akan tetapi dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti terdahulu, sumber data sekunder yang didapat berupa artikel atau jurnal yang relevan dengan topic yang dilakukan dengan menggunakan database melalui google scholar.

Pencarian artikel atau jurnal menggunakan keyword yang digunakan untuk memperluas dan menspesifikan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan artikel atau jurnal yang digunakan. Kata kunci yang digunakan dalam penelitian ini yaitu "*spiritual support*" OR '*religijs support*'

AND 'Risk of suicide' OR 'suicide attempt' AND "Pasien resiko bunuh diri"  
AND "Schizophrenia" .

#### D. Batasan Waktu Publikasi

Temuan jurnal yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam kurun waktu 6 tahun terakhir (2016-2020).

#### E. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

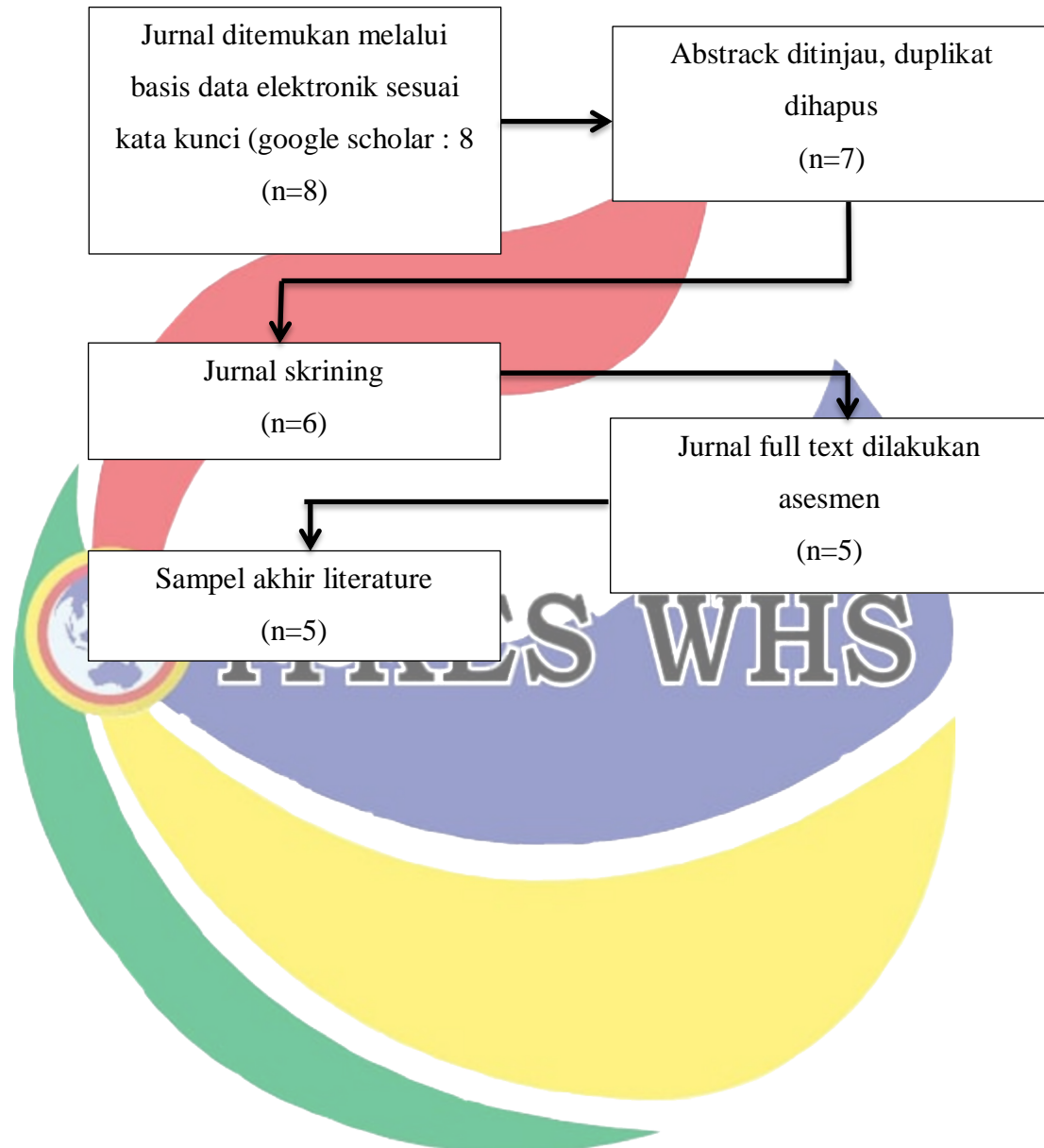
Proses pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan penyaringan dengan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi pengumpulan dari setiap jurnal yang akan diambil. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi pengumpulan jurnal dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 3.1 Format PICOS framework Terapi Spiritualitas  
pada pasien resiko bunuh diri**

| framework                                | Inklusi  | Eksklusi  |
|--|--|---|
| <i>Population</i>                        | Pada pasien resiko bunuh diri yang bersedia dilakukan terapi spiritual | Bukan pasien RBD dan tidak bersedia dilakukan terapi spiritual. |
| <i>Intervention/ Issue</i>               | Studi yang berfokus pada terapi spiritual                              | Studi yang tidak membahas tentang terapi spiritual              |
| <i>Comparations</i>                      | <i>None</i>  | <i>None</i>   |
| <i>Outcomes</i>                          | Pengaruh terapi spiritualitas pada pasien dengan resiko bunuh diri     | Tidak menggambarkan pengaruh terapi spiritual pada pasien RBD   |
| <i>Study design and publication type</i> | <i>Pra ekspermental, quasi eksperiment</i>                             | <i>Systematic riview</i>  |
| <i>language</i>                          | Inggris dan Indonesia  | Diluar Inggris & Indonesia                                      |

## F. Seleksi Studi dan Penelitian Kualitas

Skema 3.1 Seleksi dan Penelitian Kualitas



## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

Berdasarkan pencarian yang dilakukan secara sistematis oleh penulisan melalui data sekunder, penelitian tentang efektifitas terapi spiritual pada pasien resiko bunuh diri. Berbagai temuan jurnal yang penulis lakukan pencarian database adalah dengan melakukan spesifik keyword dan memilih kata kunci yang tepat, tidak menggunakan kata kunci yang panjang, tidak salah menuliskan kata istilah karena data yang istilah sifatnya internasional, maka istilah yang digunakan juga istilah internasional yang terkait dengan metode pengumpulan data dengan mencari atau menggali data dari literature yang terkait dengan yang dilakukan dalam rumusan masalah.

Keseluruhan artikel yang ditemukan berdasarkan pencarian melalui database Google Scholar diberi rentang antara tahun 2014 sampai dengan tahun 2020. Peneliti memilih jurnal dengan cara variable yang terkait dengan dependen adalah efektifitas terapi spiritual pada pasien resiko bunuh diri. Penulis menganalisis jurnal tersebut dengan cara mengurai rumusan masalah jurnal, tujuan peneliti, metode yang dilakukan peneliti dan hasil penelitian.

Hasil penelitian adalah :

(Rosyanti, Hadju, Hadi, & Syahrianti, 2018) dalam penelitiannya menekankan spiritual/religion menyediakan sumber daya mengatasi stress yang dapat meningkatkan frekuensi emosi positif dan mengurangi kemungkinan stress yang mengakibatkan gangguan emosional seperti depresi, gangguan kecemasan, bunuh diri dan penyalahgunaan zat. Hal ini dipertegas dengan penelitian (Ernawati, Samsualam, & Suhermi, 2020) seseorang yang mengalami gangguan jiwa atau penyimpangan perilaku dapat terjadi apabila banyak faktor social disekitar lingkungannya yang memicu munculnya stress. Stress yang berlebih dapat memicu

munculnya gangguan jiwa apabila seseorang tidak memiliki pertahanan atau mekanisme koping yang baik.

(Mosqueiro et al., 2021) menyatakan dalam penelitiannya menyatakan pentingnya memperhatikan religiusitas/spiritualitas untuk meningkatkan hasil dan untuk mendorong pemulihan pasien depresi berat. Hal ini diuraikan lagi dalam penelitian (Ebrahimi, Kazemi, Fallahi Khoshknab, & Modabber, 2014) yang menyatakan psikoterapi spiritual religius adalah sebuah perawatan penting setelah terapi fisik di pasien kejiwaan dimana religious dan latihan spiritual membantu pasien untuk mendapatkan apersepsi spiritual tentang diri, alam semesta, peristiwa, dan fenomena dan melalui ini koneksi pasien dapat mencapai pertumbuhan dan pengembangan. (Stefa-Missagli et al., 2020) dalam penelitiannya menyatakan bahwa kesejahteraan spiritual yang meliputi unsur psikososial dan religi, dapat memperkuat fungsi psikologis sehingga mengurangi resiko bunuh diri.

Berdasarkan kasus kelolaan yang penulis dapatkan pemberian terapi spiritualitas berdampak pada penurunan gejala bunuh diri serta dapat meningkatkan koping positif pasien, hal ini menunjukkan bahwa terapi spiritualitas efektif diberikan pada pasien dengan resiko bunuh diri. Terapi spiritualitas ini memberikan efek distraksi sehingga dapat menahan usaha klien untuk melakukan usaha bunuh diri, terapi ini juga bisa menjadi terapi pendamping bagi perawat jiwa khususnya sebagai terapi non farmakologis yang bisa diterapkan beriringan dengan terapi farmakologi.

## B. Analisis Jurnal

Berdasarkan pencarian jurnal yang diperoleh penulis sebanyak didapatkan 8 jurnal dan dilakukan skrinig hingga menyisakan 5 artikel yang sudah dianalisis, jurnal yang tidak dianalisis karena merupakan jurnal literature rivew dan beberapa jurnal lainnya memiliki tahun yang sudah lama . Hasil studi yang sesuai kriteria literature rivew ini adalah sebagai berikut :

**Tabel .4.1 Rangkuman hasil pencarian Literature rivew**

| No | Penulis  | Judul   | Desain   | Responden   | Prosedur  | Hasil   |
|----|--|---|--|---|---|---|
| 1  | Miftahuddin,<br>M.Fahli<br>Zatrahadi,<br>Suhaimi,<br>Darmawati<br>(2020) | <i>Psikoterapi spiritual<br/>untuk<br/>Mengatasi sakit jiwa</i> | Jenis penelitian ini<br>adalah penelitian<br>kualitatif yang<br>bersifat studi kasus<br>(case studies) | 80 orang yang<br>berusia diantara<br>usia 12-60 tahun<br>tahun. | penyembuhan pasien<br>dengan Pemberian<br>obat fisik dengan<br>menggunakan<br>cendawan yang telah<br>didoakan berguna<br>sebagai detox dari<br>semua penyebab<br>masalah kejiwaan<br>dikarenakan unsur<br>fisik, ba'da ashar<br>mengaji Al-Qur'an<br>dan ba'da maghrib<br>kembali mendo'akan<br>serta membaca<br>Yasin, tahlil untuk<br>para pasien yang ada<br>di pesantren Al-Fateh | Menggunakan terapi Zikir, Do'a,<br>Sholat sebagai pendekatan ruhani<br>untuk membawa pasien pada<br>kesadaran dan kewarasan. Mereka<br>berangsur-angsur pulih dari<br>penyakitnya |

| No | Penulis   | Judul  | Desain   | Responden  | Prosedur   | Hasil   |
|----|---|--|--|--|--|---|
| 2. | Stefan Stefa-Missagli, Human-Friedrich Unterrainer, Giancarlo Giupponi, Sandra-Johanna Wallner-Liebmann, Hans-Peter Kapfhammer, Andreas Conca, Michela Sarlo, Isabella Berardelli, Salvatore Sarubbi, Karl Andriessen, Karolina Krysinka, Denise Erbuto, Heidrun (2019) | <b><i>Influence of spiritual dimensions on suicide risk: The role of regional differences (Pengaruh dimensi spiritual pada risiko bunuh diri: Peran perbedaan wilayah)</i></b> | Semua analisis dilakukan dengan paket statistik SPSS untuk ilmu sosial Windows 19.0. Kami menggunakan statistik deskriptif, dan kami mengidentifikasi perbedaan yang signifikan antara kelompok dengan analisis varians multivariat. Untuk korelasi dengan dimensi religius / spiritual, kami menggunakan produk Pearson-koefisien korelasi momen (r) dan uji t, dengan tingkat signifikansi 0,01 dua arah | Peserta (n = 1.042) terdaftar dari Februari 2015 hingga Juni 2017 dari tiga berbeda wilayah Eropa: Lazio (Italia tengah), Tyrol Selatan dan Veneto (Italia utara) dan Styria (tengah-Austria timur). | Pasien psikiatri diberikan kuesioner sosiodemografi, MI-RSWB 48, C-SSRS-B dan SCL-90-S. Para siswa diberikan kuesioner, MI-RSWB 48, dan 4 item dari SCL-90-S untuk mengatasi bunuh diri. Pengujian sesi berlangsung sekitar 40-60 menit. Dokter atau psikolog yang pernah menerima medis pelatihan dalam administrasi kuesioner kami mengumpulkan data dari sampel klinis. | Hasil kami mengkonfirmasi sifat multifaktor dari hubungan antara risiko bunuh diri dan berbagai dimensi agama / spiritual, termasuk Kesejahteraan dan Harapan Keagamaan / Spiritual Imanen. Namun, perbedaan regional memoderasi hubungan ini baik secara klinis maupun sampel nonklinis. |
| 3. | Ernawati, Samsualam, ksuhermi (2019)  | <b><i>Pengaruh pelaksanaan terapi spiritual terhadap kemampuan pasien mengontrol Perilaku kekerasan</i></b>  | Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode Pre Experimental One Group Pretest-Posttest Design, yaitu design   | sampel sebanyak 20 pasien  | Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi tanda dan gejala yang muncul pada pasien sebelum dan sesudah diberikan terapi spiritual.   | Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara pelaksanaan terapi spiritual terhadap kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan dimana dari hasil uji Wilcoxon diperoleh (p=0.003) $\alpha < 0.05$ .  |

| No | Penulis   | Judul   | Desain   | Responden   | Prosedur   | Hasil  |
|----|---|---|--|---|--|--|
|    |   |   | penelitian yang terdapat Pre-test sebelum diberi perlakuan dan Post-test setelah diberi perlakuan.                             |   |  | Kemampuan mengontrol perilaku kekerasan sebelum dilakukan terapi spiritual adalah sebanyak sembilan pasien, sedangkan sesudah dilakukan terapi spiritual adalah sebanyak sebelas pasien.   |
| 4. | Bruno Paz Mosqueiro, Marco Antônio Caldieraro, Mateus Messinger, (2014) | <b>Religiosity, spirituality, suicide risk and remission of depressive symptoms: a 6-month prospective study of tertiary care Brazilian patients</b><br><b>Religiusitas, (spiritualitas, risiko bunuh diri dan remisi gejala depresi: 6 bulan Studi prospektif pasien perawatan tersier Brasil)</b> | Metode pementasan Maudsley (MSM) digunakan untuk mengevaluasi tingkat keparahan kursus depresi dan pengobatan resisten-depresi | Sampel total dipertimbangkan untuk analisis statistik dalam tindak lanjut terdiri dari 192 pasien | Konsultasi klinis terstruktur dijadwalkan setiap 2 hingga 4 minggu untuk mengevaluasi respons terhadap farmakoterapi serta munculnya efek samping. Hasil secara rutin dipantau menggunakan pengukuran-perawatan berbasis. Pendekatan depresi resisten pengobatan melibatkan psikososial yang cermat dan komprehensif | Sebagian besar peserta melaporkan sedang hingga parah gejala depresi pada awal (rata-rata HAM-D = $21,5 \pm 5,54$ ), dengan lintasan panjang gejala depresi seumur hidup (rata-rata $18,1 \pm 13,8$ tahun sejak episode pertama), dan beberapa episode depresi ( $3,52 \pm 2,79$ ). Psikiater yang beragam fitur dan komorbiditas diidentifikasi dengan wawancara psikiatri (MINI) bersama dengan diagnosis depresi episode, yang paling umum adalah karakteristik melankolis (55,3%), gangguan kecemasan umum (45,7%), sebelumnya psikosis (37,8%) dan fobia sosial (20,5%) |

| No | Penulis  | Judul   | Desain  | Responden   | Prosedur  | Hasil   |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 5. | Hossein Ebrahimi<br>, Abdul Hassan<br>Kazemi , Masoud<br>Fallahi<br>Khoshknab ,<br>Raheleh<br>Modabber 1<br>(2020) | <b><i>The Effect of<br/>Spiritual and<br/>Religious Group<br/>Psychotherapy on<br/>Suicidal Ideation in<br/>Depressed Patients:<br/>A Randomized<br/>Clinical Trial<br/>(Pengaruh<br/>Psikoterapi<br/>Kelompok Spiritual<br/>dan Keagamaan<br/>terhadap Bunuh<br/>Diri<br/>Ideasi pada Pasien<br/>Depresi: Uji Klinis<br/>Acak)</i></b> | variabel kuantitatif<br>digunakan.<br>Untuk<br>membandingkan<br>kedua kelompok<br>dalam hal<br>pikiran untuk bunuh<br>diri pada sebelum<br>dan sesudah tes, | 51 pasien depresi<br>dengan keinginan<br>bunuh diri dari<br>RS Razi (Tabriz,<br>Iran)<br>berpartisipasi<br>dalam uji klinis<br>ini. | Untuk mengumpulkan<br>data digunakan<br>kuesioner yang<br>disertakan<br>demografis dan Beck<br>Suicide Scale<br>Ideation. Kelompok<br>eksperimen<br>berpartisipasi dalam<br>10<br>sesi psikoterapi<br>kelompok. Setiap<br>bagian berdurasi 1<br>jam. Dua minggu<br>setelah yang terakhir<br>bagian post test telah<br>selesai. Software<br>statistik SPSS ver 13<br>digunakan untuk<br>analisis data. | Hasil uji-t independen menunjukkan<br>tidak ada perbedaan antara dua<br>kelompok<br>hal ide bunuh diri sebelum intervensi<br>tetapi setelah studi ada statistik<br>perbedaan. Selain itu hasil uji<br>ANCOVA menunjukkan adanya<br>hubungan yang signifikan antara<br>terapi kelompok spiritual dan<br>penurunan ide bunuh diri, sehingga<br>intervensi ini bisa<br>membuat 57% variasi dalam ide<br>bunuh diri kelompok eksperimen |

### C. Pembahasan

Masalah kesehatan mental seperti halnya depresi yang menyebabkan resiko tindakan bunuh diri ini dapat diatasi dengan intervensi berupa psikososial dan religious agar dapat memunculkan coping yang baik dalam menyelesaikan permasalahan. Beberapa intervensi yang diberikan dalam menangani individu dengan beberapa permasalahan kesehatan mental yang sangat berisiko terhadap perilaku bunuh diri tersebut diantaranya *Sosial Spiritual Group (SSG)* yang dapat di terapkan pada pelayanan kesehatan. Terapi pada pasien dengan skizofrenia tidak hanya dengan menggunakan obat, tetapi dapat disertai jenis terapi lain seperti psikoterapi dan psikoreligius, pendekatan keperawatan dapat bersifat holistic. Dengan pendekatan holistic diharapkan pasien dapat kembali berfungsi secara baik.

Spiritualitas merupakan bentuk keyakinan dalam hubungan dengan Yang Maha Kuasa, keyakinan spiritual akan menjadikan seseorang mempertahankan keharmonisan, keselarasan dengan dunia luar. Keyakinan spiritual dapat mempengaruhi tingkat kesehatan dan perilaku dalam perawatan pasien. Terpenuhinya kebutuhan spiritual apabila seseorang tersebut mampu mengembangkan rasa syukur, sabar serta ikhlas (Yusuf et al., 2012). Penggunaan psikoterapi semakin direkomendasikan untuk pengobatan skizofrenia secara bersamaan.

Penelitian oleh (Ernawati, 2019) menunjukkan hasil ( $p < 0,05$ ) maka dalam hal ini ada pengaruh yang signifikan antara pelaksanaan terapi spiritual terhadap kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan. Hal ini sejalan dengan penelitaian (Lilin, 2018) dalam penelitiannya menyatakan bahwa mendengarkan dan membaca Al-Quran secara ilmiah menimbulkan efek menenangkan, distraksi, focus pada fikiran dan mengalihkan fikiran negative serta dapat menjadi pengobatan nonfarmakologi untuk melengkapi terapi yang ada.

Berdasarkan penelitian diatas penulis berasumsi bahwa terapi spiritualitas bisa dikatakan efektif untuk mengurangi gejala bunuh diri dengan hasil yang dibuktikan bahwa banyak responden yang mengalami penurunan gejala bunuh diri. Perawat

dalam hal ini perlu mampu untuk mengidentifikasi faktor serta intervensi yang tepat dan efektif guna meningkatkan taraf kesehatan jiwa yang lebih baik.

Manfaat spiritual dalam kesembuhan pasien dapat terlihat dari berkurangnya gejala-gejala yang muncul seperti paranoid. Hal tersebut sesuai dengan penelitian (Manami, et al, 2010) bahwa spiritual dapat bermanfaat bagi individu dengan gangguan jiwa skizofrenia dapat mengurangi gejala dan berkontribusi dalam meningkatkan kualitas hidup dari segi psikologi. Spiritual dapat menumbuhkan coping positif dalam membangkitkan sebuah harapan dalam hidup dan juga harapan setelah kematian yang baik. Sesuai dengan hasil penelitian (Mohr et al, 2014) dimana berdoa, istigfar dan shalat dapat mengurangi gejala negative yang dialami pasien skizofrenia, spiritual dapat menumbuhkan coping positif pada pasien.

Berdasarkan kasus kelolaan yang penulis dapatkan bahwa terapi spiritualitas ini efektif diberikan pada pasien dengan resiko bunuh diri, hal ini ditunjukkan berkurangnya gejala pada pasien karena terapi spiritualitas sebagai distraksi sehingga pasien menjadi lebih bisa mengontrol pikiran negative sehingga menumbuhkan coping yang positif pada pasien.

Intervensi pemenuhan spiritual yang diberikan kepada pasien skizofrenia dengan cara memberkan kesempatan dan memfasilitasi pasien dalam melaksanakan shalat, dzikir serta membaca Al-Quran berpengaruh terhadap kualitas hidup sebanyak 75%. Hal ini sejalan dengan penelitian (Natalia, 2011) dimana pelayanan kebutuhan spiritual yang diberikan kepada pasien dapat menurunkan kecemasan (55%) kecemasan merupakan salah satu indicator dalam pengukuran kualitas hidup dalam psikologi. Hal tersebut sesuai dengan ajaran agama islam, dimana ketika seseorang menderita penyakit fisik maupun psikis, diwajibkan atasnya untuk berusaha atau berikhtiar untuk berobat pada ahlinya dan disertai dengan berdoa serta berdzikir.

Penelitian (Dwidyanti et al, 2018) menunjukkan hasil bahwa intervensi terapi spiritual yang diberikan kepada 11 responden terdapat peningkatan dalam kepatuhan dalam minum obat. (Desbordes et al, 2014) menjelaskan terapi spiritual

merupakan strategi kognitif dimana seseorang baik fisik dan mental secara sadar akan mampu beradaptasi dengan situasi yang dihadapi melibatkan perhatian, keterbukaan, penerimaan.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Setyawati, 2017) bahwa kesadaran dapat mempengaruhi kesejateraan rohani, pasien yang secara rutin berdzikir akan memiliki kesejahteraan rohani yang baik. Penelitian yang dilakukan (Jayanti, 2016) memberikan penjelasan bahwa terapi spiritual melatih individu dalam menyadari permasalahan yang sedang dihadapi dan memulihkan kemauan dalam membuat perubahan dalam hidup mereka. Terapi spiritual menunjukkan hasil bahwa pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan dapat tenang dan mampu mengontrol marah. Hal ini sejalan dengan penelitian (Chadwick, 2006) bahwa setelah melakukan terapi pasien akan menjadi tenang karena dapat mengontrol emosi atau rasa marah. Dengan terapi pasien dapat mengontrol emosi dan meningkatkan efek positif serta mengurangi respon negative.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Literature review ini mencoba memberikan gambaran terkait beberapa artikel penelitian dan hasil penelitian tentang bagaimana spiritual pasien dan dampak yang dirasakan oleh pasien terhadap sakit yang dialami. Berdasarkan hasil penelitian dari jurnal yang telah dikumpulkan dengan jumlah 5 artikel yang telah direview secara sistematis didapatkan bahwa terapi spiritualitas efektif diberikan pada pasien dengan resiko bunuh diri. Dari jurnal yang dianalisis pasien yang diberikan terapi spiritualitas terdapat penurunan gejala bunuh diri hal ini karena terapi spiritualitas memberikan dampak pada pasien untuk berfikir positif sehingga peningkatan koplingnya pun semakin baik pula. Hasil dari jurnal-jurnal yang dikumpulkan menunjukkan bahwa terapi spiritualitas dapat mengurangi gejala resiko bunuh diri sehingga dapat diterapkan oleh perawat psikiatri serta dapat di gunakan sebagai pelengkap terapi di rumah sakit jiwa.

#### **B. Saran**

1. Bagi ITKES Wiyata Husada Samarinda

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan literature bagi ITKES Wiyata Husada Samarinda khususnya mengenai pengaruh terapi spiritualitas pada pasien dengan resiko bunuh diri.

2. Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan pengaruh terapi spiritualitas pada pasien dengan resiko bunuh diri.

3. Bagi perawat

Dapat digunakan sebagai sebagai terapi pendamping dalam upaya menurunkan gejala pada pasien dengan resiko bunuh diri

#### 4. Bagi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai bahan masukkan program pelayanan asuhan keperawatan jiwa yang berfokus untuk menurunkan gejala pada pasien resiko bunuh diri



## DAFTAR PUSTAKA

- Aulia, N., & Sasmita, H. (2019). ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR RISIKO BUNUH DIRI DENGAN ARTIKEL Riwayat Artikel ABSTRAK ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR SUICIDE RELATIONSHIP WITH THE IDEA OF SUICIDE IN ADOLESCENTS. *Jurnal Keperawatan*.
- damayanti, M. & I. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Dewi, I. W. P., & Erawati, E. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia Dengan Risiko Bunuh Diri. *Jurnal Keperawatan Jiwa*.
- Ebrahimi, H., Kazemi, A. H., Fallahi Khoshknab, M., & Modabber, R. (2014). The effect of spiritual and religious group psychotherapy on suicidal ideation in depressed patients: a randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences*.  
<https://doi.org/10.5681/jcs.2014.014>
- Ernawati, E., Samsualam, S., & Suhermi, S. (2020). Pengaruh Pelaksanaan Terapi Spiritual Terhadap Kemampuan Pasien Mengontrol Perilaku Kekerasan. *Window of Health : Jurnal Kesehatan*.  
<https://doi.org/10.33368/woh.v0i0.250>
- Husni, H. (2018). DISTRESS PSIKOLOGI PADA RESIKO KERENTANAN BUNUH DIRI. *JURNAL MEDIA KESEHATAN*.  
<https://doi.org/10.33088/jmk.v11i1.361>
- iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Samarinda: refika aditama.
- Iskandar, I., Anggraini, W. R., & Rahman, B. (2019). Persepsi pasien gangguan jiwa tentang aspek positif dan negatif dari tindakan restrain fisik pada pasien rawat inap. *Holistik Jurnal Kesehatan*.  
<https://doi.org/10.33024/hjk.v13i3.1397>

Keliat, B. A., Akemat, Helena, N., & Nurhaeni, N. (2011). *Proses keperawatan kesehatan jiwa. EGC, Jakarta.*

Litaqia, W., & Permana, I. (2019). Peran Spiritualitas dalam Mempengaruhi Resiko Perilaku Bunuh Diri: A Literature Review. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*. <https://doi.org/10.35842/jkry.v6i2.305>

Mosqueiro, B. P., Caldieraro, M. A., Messinger, M., da Costa, F. B. P., Peteet, J. R., & P Fleck, M. (2021). Religiosity, spirituality, suicide risk and remission of depressive symptoms: a 6-month prospective study of tertiary care Brazilian patients. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.028>

Rosyanti, L., Hadju, V., Hadi, I., & Syahrianti, S. (2018). Pendekatan Terapi Spiritual Al-quranic pada Pasien Skizoprenia Tinjauan Sistematis. *Health Information : Jurnal Penelitian*. <https://doi.org/10.36990/hijp.v10i1.103>

Schwartz, S. H. (2012). An Overview of the Schwartz Theory of Basic Values. *Online Readings in Psychology and Culture*. <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1116>

Stefa-Missagli, S., Unterrainer, H. F., Giupponi, G., Wallner-Liebmann, S. J., Kapfhammer, H. P., Conca, A., ... Pompili, M. (2020). Influence of Spiritual Dimensions on Suicide Risk: The Role of Regional Differences. *Archives of Suicide Research*. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1639571>

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) 'Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) 'Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (I). Jakarta.', *Practice Nurse*, 49(5), p. Jakarta : DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia, DPP PPNI*.

Yusuf, A., Putra, S. T., & Probowati, Y. (2012). 'Peningkatan Coping Keluarga Dalam Merawat Pasien Gangguan Jiwa Melalui Terapi Spiritual Direction, Obedience, Dan Acceptance (DOA). *Jurnal Ners*.





Institut Teknologi Kesehatan dan Sains  
Wiyata Husada Samarinda

---

## BIODATA PENELITI

### A. IDENTITAS UMUM

Nama : Dina Fitriani  
Tempat tanggal lahir : Kukar, 05 Februari 1997  
Jenis kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Separi 1 Desa Bukit Pariaman Tenggara Seberang  
Kedudukan : Mahasiswi Profesi Ners ITKES Wiyata Husada  
Samarinda  
No Hp : 0853-4813-7632  
Gemail : [dipomaida05@gmail.com](mailto:dipomaida05@gmail.com)

### B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN 014 Tenggara Seberang : Lulus Tahun 2010
2. SMPN 02 Tenggara Seberang : Lulus Tahun 2012
3. SMAN 01 Tenggara Seberang : Lulus Tahun 2015

# FORMULIR PENGKAJIAN

## KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

### STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

Ruang rawat : UPIP

Tanggal dirawat : 07 November 2020

#### I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Sdri. RD (P)

Tanggal Pengkajian : 09 November 2020

Umur : 20 Tahun

No. Rekam Medik : 110678

Informan :

#### II. ALASAN MASUK

Sdri RD datang ke RSJ Atma Husada pada tanggal 6 November 2020 dengan alasan masuk saat dirumah mencoba minum baygon tapi sempat digagalkan oleh kakaknya. Menurut keluarganya sudah 3 minggu ini klien melamun kadang kala tiba-tiba teriak sendiri.

#### III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?  Ya  Tidak

2. Pengobatan sebelumnya :

Berhasil

Kurang Berhasil

Tidak Berhasil

3.

|  | Pelaku / Usia | Korban /Usia | Saksi / Usia |
|--|---------------|--------------|--------------|
|--|---------------|--------------|--------------|

|              |   |   |   |
|--------------|---|---|---|
| Aniaya fisik | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|--------------|---|---|---|

|                |   |   |   |
|----------------|---|---|---|
| Aniaya seksual | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|----------------|---|---|---|

|           |   |   |   |
|-----------|---|---|---|
| Penolakan | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|-----------|---|---|---|

|                          |   |   |   |
|--------------------------|---|---|---|
| Kekerasan dalam keluarga | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|---|---|---|

|                 |   |   |   |
|-----------------|---|---|---|
| Tindak kriminal | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|-----------------|---|---|---|

Jelaskan No 1, 2, 3 : klien tidak pernah mengalami gangguan jiwa dan klien tidak mempunyai riwayat aniaya.

#### Masalah Keperawatan:

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
2. Perubahan proses keluarga.
3. Respons pascatrauma.
4. Risiko tinggi kekerasan.

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

Ya

Tidak

Hubungan keluarga  
Pengobatan/Perawatan

Gejala

Riwayat

Masalah Keperawatan:

1. Koping keluarga inefektif: ketidakmampuan koping.
2. Koping keluarga inefektif: gangguan koping.
3. Potensial untuk pertumbuhan koping keluarga.

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan : Sdri RD mengatakan terpaksa masuk fakultas kedokteran karena keinginan ayahnya dan mengatakan sulit mengikuti pelajaran di kampus.

Masalah Keperawatan:

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
2. Perubahan proses keluarga.
3. **Respons pascatrauma.**

#### IV. FISIK

1. Tanda Vital : TD : 110/80 N : 80 S : 36 P : 20
2. Ukuran : TB : 165 BB : 60 kg
3. Keluhan Fisik : Tidak ada masalah

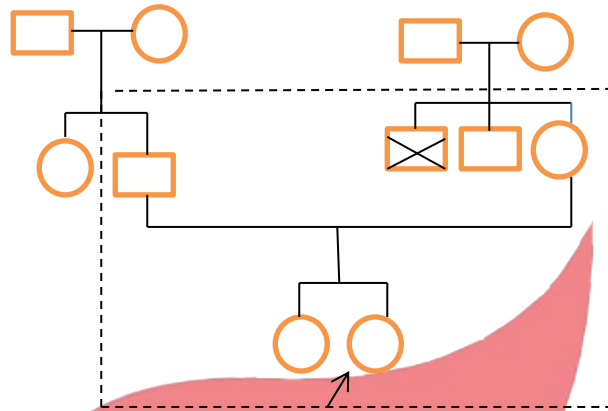
Jelaskan : \_\_\_\_\_

Masalah Keperawatan:

- |  |   |
|--|---|
| 1. Risiko tinggi perubahan suhu tubuh.             | 7. Perubahan nutrisi: lebih dari kebutuhan tubuh.           |
| 2. Hipotermia.                                     | 8. Perubahan nutrisi: potensial lebih dari kebutuhan tubuh. |
| 3. Hipertermia.                                    | 9. Kerusakan menelan.                                       |
| 4. Defisit volume cairan.                          | 10. Perubahan eliminasi feses.                              |
| 5. Kelebihan volume cairan.                        | 11. Perubahan pola eliminasi urine.                         |
| 6. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh. |   |

## V. PSIKOSOSIAL

### 1. Genogram (lihat petunjuk)



Ket : □ laki-laki    ↗ pasien    ---- tinggal 1 rumah  
○ Perempuan    ⊠ meninggal

**Jelaskan :** sdri RD merupakan anak bungsu dari dua bersaudara tinggal bersama kedua orangtuanya beserta kakaknya, ayah adalah pengambil keputusan.

Masalah Keperawatan:

1. Koping keluarga inefektif: ketidakmampuan koping.
2. Koping keluarga inefektif: gangguan koping.
3. Potensial untuk pertumbuhan koping keluarga.

### 2. Konsep diri

#### a. Citra tubuh :

sdri RD mengatakan tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai, klien merasa puas dan menyukai semua anggota tubuhnya.

#### b. Identitas :

sdri RD mengatakan dia adalah perempuan dan sdri RD mengatakan dia adalah anak dari dua bersaudara, sdri RD adalah mahasiswa kedokteran.

#### c. Peran :

sdri RD mengatakan ia adalah anak kedua dan sdri RD merasa tidak bisa menjadi harapan orang tua.



2. Pembicaraan

- Cepat                       Keras                       Gagap                       Inkoheren  
 Apatis                       Lambat                       Membis                       tidak mampu memulai  
pembicaraan

Jelaskan : sdri RD berbicara dengan lambat.

Masalah Keperawatan:

1. Kerusakan komunikasi

3. Aktivitas motorik

- Lesu                       Tegang                       Gelisah                       Agitasi  
 Tik                       Grimasen                       Tremor                       Kompulsif

Jelaskan : sdri RD terlihat tegang dan gelisah saat di wawancara.

Masalah Keperawatan:

1. **Risiko tinggi terhadap cedera.**
2. Intoleransi aktivitas.
3. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah

4. Alam perasaan

- Sedih                       Ketakutan                       Putus Asa  
 Khawatir                       Gembira Berlebihan

Jelaskan : sdri RD Terlihat sedih dan lebih banyak menangis, sering terlihat melamun.

Masalah Keperawatan:

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Risiko tinggi terhadap cedera. | 4. Ketidakberdayaan.                |
| 2. Ansietas.                      | 5. Ketidakmampuan.                  |
| 3. Ketakutan                      | 6. Risiko tinggi membahayakan diri. |

5. Afek

- Datar                       Tumpul                       Labil                       Tidak

sesuai

Jelaskan : sdri RD selalu cepat emosi dan mood mudah berubah.

Masalah Keperawatan:

1. Risiko tinggi terhadap cedera.
2. Kerusakan komunikasi.

6. Interaksi selama wawancara

- Bermusuhan                       Tidak Kooperatif                       Mudah  
Tersinggung

Jelaskan : saat wawancara sdri RD tidak ada kontak mata ke arah lawan bicara dan tatapan kosong.

|   |   |
|---|---|
| Masalah Keperawatan:<br>1. Kerusakan komunikasi.<br>2. Perubahan peran. | <b>3. Kerusakan interaksi sosial.</b><br>4. Risiko tinggi membahayakan diri.<br>5. Risiko tinggi kekerasan. |
|---|---|

7. Persepsi Halusianasi

- Pendengaran                       Penglihatan                       Perabaan  
 Pengecapan                       Penghidu

Jelaskan : Tidak ada masalah

|   |
|---|
| Masalah Keperawatan:<br>1. PSP: pengelihatan/pendengaran/kinetik/pengecap/perabaan/penciumanMasalah |
|---|

8. Proses pikir

- Sirkumstansial                       Tangensial                       Kehilangan  
asosiasi  
 Flight of ideas                       Blocking                       Pengulangan  
pembicaraan/  
persevarasi

Jelaskan : sdri RD selalu tanggap waktu diajak bicara meskipun menjawab diulang berkali-kali

|  |
|--|
| Masalah Keperawatan<br>1. Perubahan proses fikir |
|--|

9. Isi pikir

- Obsesi                       Fobia                       Hipokondria  
 Depersonalisasi                       Ide yang terkait                       Pikiran magis

Waham

- Agama                       Somatik                       Kebesaran                        
Curiga  
 Nihilistik                       Sisip pikir                       Siap                       pikir  
Kontrol pikir

Jelaskan : tidak ditemukan masalah

Masalah Keperawatan

1. Perubahan proses pikir

10. Tingkat kesadaran

Bingung  Sedasi  Stupor

Disorientasi :  Waktu  Tempat  Orang

Jelaskan : sdri RD terlihat bingung

Masalah Keperawatan:

1. Risiko tinggi terhadap cedera.
2. Perubahan proses pikir.

11. Memori

Gangguan daya ingat pendek  Gangguan daya ingat jangka panjang

Gangguan daya ingat saat ini  Konfabulasi

Jelaskan : sdri RD mampu menceritakan kejadian saat ini hingga 1 bulan

Masalah Keperawatan:

1. Perubahan proses pikir.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mudah beralih  Tidak mampu Berkonsentrasi  Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : sdri RD tidak mampu berkonsentrasi

Masalah Keperawatan:

1. Perubahan proses pikir.
2. Kerusakan interaksi sosial.

13. Kemampuan penilaian

Gangguan ringan  Gangguan bermakna

Jelaskan : sdri RD dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain

Masalah Keperawatan:

1. Perubahan proses pikir.

14. Daya tilik diri

- Mengingkari penyakit yang diderita       Menyalahkan hal-hal di luar dirinya

Jelaskan : sdri RD menyalahkan ayahnya atas kondisinya saat ini

Masalah Keperawatan:

1. Penatalaksanaan regimen terapeutik inefektif.
2. Risiko tinggi ketidakpatuhan.
3. Perubahan proses pikir.

**VII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG**

1. Kemampuan pasien memenuhi/menyediakan kebutuhannya:

- |                              |   |   |
|------------------------------|---|---|
| a. Makan total               | <input checked="" type="checkbox"/> Bantuan minimal | <input type="checkbox"/> Bantuan total            |
| b. Keamanan total            | <input checked="" type="checkbox"/> Bantuan minimal | <input type="checkbox"/> Bantuan total            |
| c. Tempat tinggal total      | <input checked="" type="checkbox"/> Bantuan minimal | <input type="checkbox"/> Bantuan total            |
| d. Perawatan kesehatan total | <input type="checkbox"/> Bantuan minimal            | <input checked="" type="checkbox"/> Bantuan total |
| e. Pakaian total             | <input checked="" type="checkbox"/> Bantuan minimal | <input type="checkbox"/> Bantuan total            |
| f. Transportasi total        | <input checked="" type="checkbox"/> Bantuan minimal | <input type="checkbox"/> Bantuan total            |
| g. Uang total                | <input checked="" type="checkbox"/> Bantuan minimal | <input type="checkbox"/> Bantuan total            |

2. Kegiatan hidup sehari-hari

- | a. Perawatan diri : | Bantuan minimal                     | Bantuan total            |
|---------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Mandi               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| BAB/BAK             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kebersihan          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ganti pakaian       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Makan               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

b. Nutrisi

- Apakah Anda puas dengan pola makan Anda? Ya  Tidak
- Apakah Anda memisahkan diri?

Jika ya, jelaskan alasannya:

.....

- Frekuensi makan per hari : 2 kali
- Frekuensi kudapan per hari: 1 kali
- Nafsu makan Ya \_\_\_ Tidak
- Diet Khusus Ya \_\_\_ Tidak

c. Istirahat dan tidur

- Apakah ada masalah? Ya \_\_\_ Tidak
- Apakah Anda merasa segar setelah bangun tidur?  
Ya  Tidak \_\_\_
- Apakah ada kebiasaan tidur siang? Ya  Tidak \_\_\_
- Apa yang menolong anda untuk tidur  
.....
- Waktu tidur malam, jam: 22.00, Waktu bangun, jam: 06.00
- Beri tanda “√” sesuai dengan keadaan pasien:

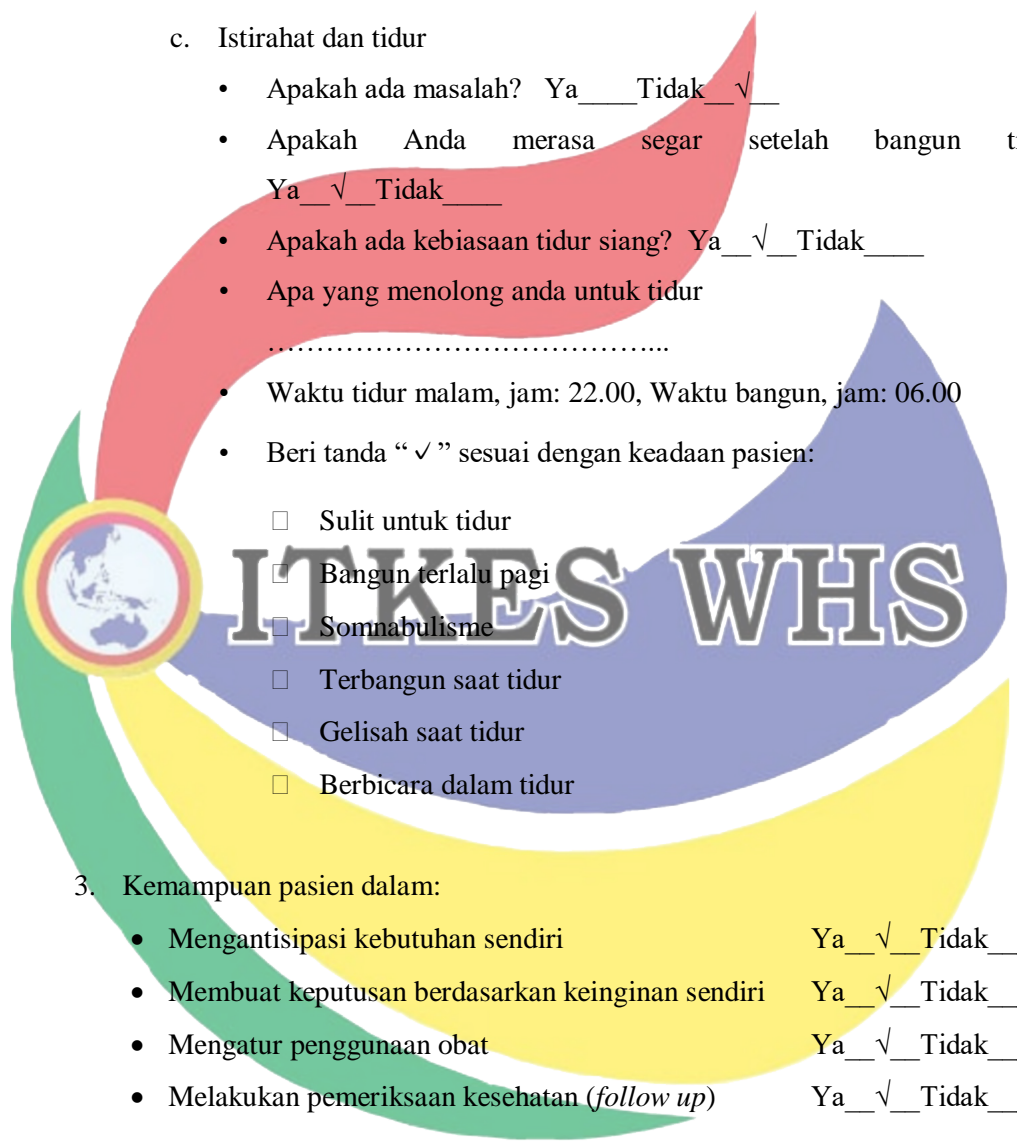
- Sulit untuk tidur
- Bangun terlalu pagi
- Somnambulisme
- Terbangun saat tidur
- Gelisah saat tidur
- Berbicara dalam tidur

3. Kemampuan pasien dalam:

- Mengantisipasi kebutuhan sendiri Ya  Tidak \_\_\_
- Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri Ya  Tidak \_\_\_
- Mengatur penggunaan obat Ya  Tidak \_\_\_
- Melakukan pemeriksaan kesehatan (*follow up*) Ya  Tidak \_\_\_

4. Pasien memiliki sistem pendukung :

- Keluarga Ya  Tidak \_\_\_
- Profesional/terapis Ya \_\_\_ Tidak \_\_\_
- Teman sejawat Ya \_\_\_ Tidak \_\_\_



Kelompok sosial Ya\_\_\_\_Tidak\_\_\_\_

5. Apakah pasien menikmati saat bekerja, kegiatan yang menghasilkan atau hobi  
Ya\_\_\_\_Tidak\_\_\_\_

### VIII. MEKANISME KOPING

| Adaptif  | Maladaptif  |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain    | <input type="checkbox"/> Minum alkohol            |
| <input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah | <input type="checkbox"/> Reaksi lambat/berlebihan |
| <input type="checkbox"/> Teknik relaksasi            | <input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan       |
| <input type="checkbox"/> Aktivitas konstruktif       | <input type="checkbox"/> Menghindar               |
| <input type="checkbox"/> Olah raga                   | <input type="checkbox"/> <b>Mencederai diri</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Lainnya</b>              | <input type="checkbox"/> Lainnya                  |

### IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- Masalah dengan dukungan kelompok, uraikan  
**Tidak ada masalah**
- Masalah berhubungan dengan lingkungan, uraikan  
**Tidak ada masalah**
- Masalah dengan pendidikan, uraikan  
**Sdri RD mengatakan sulit mengikuti pelajaran dikampus**
- Masalah dengan pekerjaan, uraikan  
**Sdri RD belum bekerja**
- Masalah dengan perumahan, uraikan  
**Tidak ada masalah**
- Masalah dengan ekonomi, uraikan  
**Tidak ada masalah**
- Masalah dengan pelayanan kesehatan, uraikan  
**Tidak ada masalah**
- Masalah lainnya, uraikan  
**Tidak ada masalah**

|   |                    |
|---|--------------------|
| Masalah Keperawatan:                      | kmampuan.          |
| 1.Perubahan pertumbuhan dan perkembangan. | uan konsep diri.   |
| 2. Perilaku mencari bantuan kesehatan.    | k peran orang tua  |
| 3. Perubahan pola eliminasi urine.        | ma stres relokasi. |
| 4. Ketidakberdayaan.                      |                    |

X. **KURANG PENGETAHUAN TENTANG :**

- Penyakit jiwa**  Sistem pendukung
- Faktor presipitasi  Penyakit fisik
- Koping**  Obat - obatan
- Lainnya :

---

Masalah Keperawatan **Resiko bunuh diri**

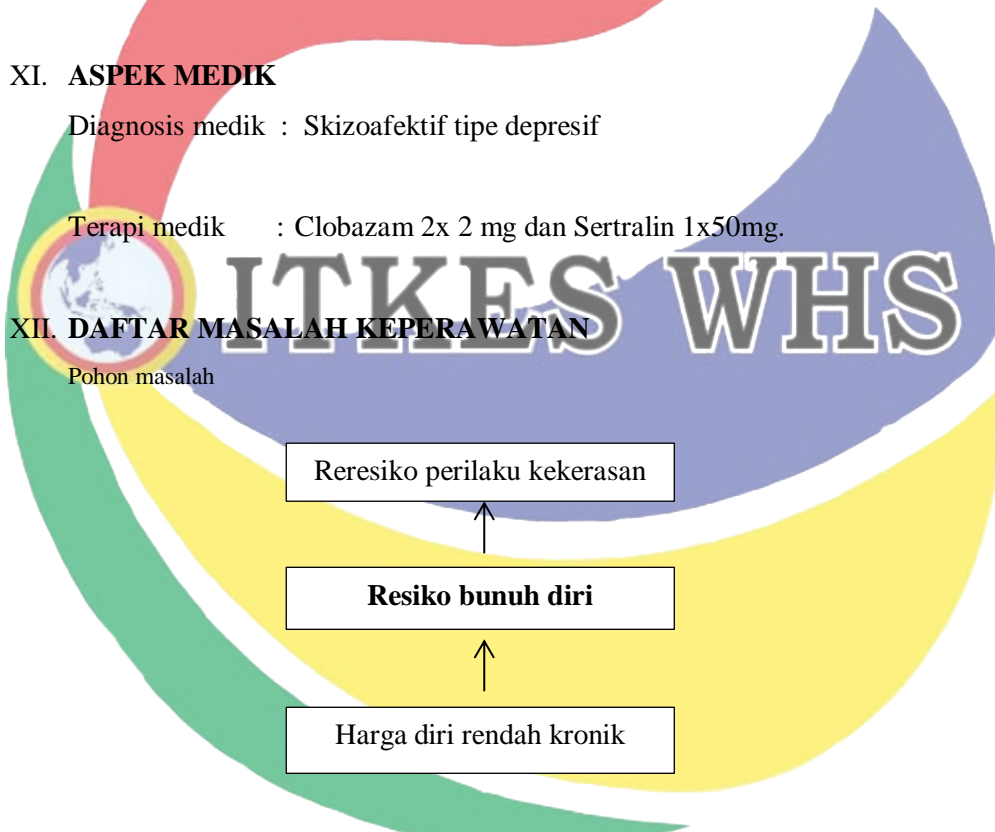
XI. **ASPEK MEDIK**

Diagnosis medik : Skizoafektif tipe depresif

Terapi medik : Clobazam 2x 2 mg dan Sertralin 1x50mg.

XII. **DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN**

Pohon masalah



**XIII. DIAGNOSIS KEPERAWATAN**

1. Resiko bunuh diri bd masalah sosial
2. Harga diri rendah kronik bd kurangnya pengakuan dari orang lain

Samarinda, 26 Januari 2020

Mahasiswa

**Dina fitriani**



## ANALISA DATA

| NO | Data Subyektif & Data Obyektif   | Kemungkinan penyebab                | Masalah                  |
|----|--|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sdri RD mengatakan sempat ingin meminum baygon saat dirumah namun digagalkan oleh kakaknya</li> <li>▪ Sdri RD mengatakan sempat membenturkan kepalanya ke dinding</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sering terlihat melamun dan sedih</li> <li>▪ Emosi labil</li> </ul> | Masalah social                      | Resiko bunuh diri        |
| 2. | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sdri RD mengatakan malu terhadap kondisinya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kontak mata kurang</li> <li>▪ Berbicara pelan</li> <li>▪ Sulit membuat keputusan</li> </ul>   | Kurangnya pengakuan dari orang lain | Harga diri rendah kronis |

## Nursing Care Plan

| No | SDKI  | SLKI  | SIKI  |
|----|---|---|---|
| 1. | <p><b>Resiko bunuh diri (D.0139)</b><br/>                     Definisi :<br/>                     Berisiko melakukan upaya menyakiti diri sendiri untuk mengakhiri kehidupan.</p>   | <p><b>Control diri (L.09076)</b><br/>                     Definisi :<br/>                     Kemampuan untuk mengendalikan atau mengatur emosi, pikiran dan perilaku dalam menghadapi masalah.</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x6 jam, mahaasil yang diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi keinginan bunuh diri (4)</li> <li>2. Verbalisasi isyarat bunuh diri (4)</li> <li>3. Verbalisasi ancaman bunuh diri (4)</li> <li>4. Perilaku merencanakan bunuh diri (4)</li> <li>5. Alam perasaan depresi (4)</li> </ol> <p>Skala :<br/>                     1 = meningkat<br/>                     2 = cukup meningkat<br/>                     3 = sedang<br/>                     4 = cukup menurun<br/>                     5 = menurun</p> | <p><b>Promosi harga diri (I.09308)</b><br/>                     Definisi :<br/>                     Meningkatkan penilaian perasaan atau persepsi terhadap diri sendiri atau kemampuan diri</p> <p>Tindakan :<br/> <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin dan usia terhadap harga diri</li> <li>11. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</li> <li>12. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri</li> <li>14. Diskusikan persepsi negative diri</li> <li>15. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Anjurkan mengevaluasi perilaku</li> <li>17. Latih cara berfikir dan berperilaku positif</li> <li>18. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi</li> </ol> |
| 2. | <p><b>Harga diri rendah kronis (D.0086)</b><br/>                     Definisi :<br/>                     Evaluasi atau perasaan negative terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang</p> | <p><b>Harga diri (L.09069)</b><br/>                     Definisi :<br/>                     Perasaan positif terhadap diri sendiri atau kemampuan sebagai respon terhadap situasi saat ini.</p>   | <p><b>Promosi harga diri (I.09308)</b><br/>                     Definisi :<br/>                     Meningkatkan penilaian perasaan atau persepsi terhadap diri sendiri atau kemampuan diri</p>   |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus.</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ;3x6 jam, maka hasil yang diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penilaian diri positif (4)</li> <li>2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif (4)</li> <li>3. Kontak mata (4)</li> <li>4. Percaya diri berbicara (4)</li> <li>5. Kemampuan membuat keputusan (4)</li> </ol> <p>Skala<br/> 1=menurun<br/> 2=cukup menurun<br/> 3=sedang<br/> 4=cukup meningkat<br/> 5=meningkat</p> | <p>Tindakan :</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin dan usia terhadap harga diri</li> <li>11. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</li> <li>12. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri</li> <li>14. Diskusikan persepsi negative diri</li> <li>15. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Anjurkan mengevaluasi perilaku</li> <li>17. Latih cara berfikir dan berperilaku positif</li> <li>18. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi</li> </ol> |
|--|---|---|



## SAP TERAPI SPIRITUALITAS

### SAP Terapi Spiritualitas

#### a. Sesi I: Memahami cara berwudhu

##### 1) Tujuan

- a) Klien mampu memperkenalkan diri dengan menyebutkan: nama lengkap, nama panggilan, asal dan hobi.
- b) Klien mampu menyebutkan fungsi berwudhu
- c) Klien mampu menyebutkan cara berwudhu

##### 2) Kriteria anggota

Kriteria klien sebagai anggota yang mengikuti terapi ini adalah :

- a) Status mental tidak rentan/rapuh atau emosi yang sudah stabil
- b) Klien yang mengikuti terapi ini adalah klien yang tidak dalam keadaan sakit, terinfeksi dan terpasang alat medis lainnya.
- c) Klien dapat diajak berkerjasama (cooperative)
- d) Beragama islam

##### 3) Alat

- a) Name tag
- b) sound/speaker
- c) tape recorder
- d) spidol
- e) buku catatan dan pulpen
- f) jadwal kegiatan klien

##### 4) Metode dan media

- a) Dinamika kelompok
- b) Diskusi dan Tanya jawab
- c) Simulasi

## 5) Langkah kegiatan

### a) Persiapan

1. Memilih klien dengan indikasi perlunya terapi spiritual
2. Membuat kontrak dengan klien
3. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

### b) Orientasi

1. Salam terapeutik
  - a. Salam dari terapis untuk klien
  - b. Terapis dank lien memakai papan nama
2. Evaluasi/validasi
  - a. Menanyakan kepada klien apakah sudah pernah terlibat dalam terapi
3. Kontrak
  - a. Menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu memperkenalkan diri
  - b. Menjelaskan tujuan yaitu dengan latihan menyebutkan manfaat berwudhu dan cara berwudhu serta kapan saja kita dapat melakukan wudhu
  - c. Menjelaskan aturan main berikut
  - d. Menjelaskan tujuan kegiatan, yang akan meinggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis
  - e. Lama kegiatan....menit
  - f. Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai

### c) Tahap kerja

1. Terapis menjelaskan kegiatan, yaitu kaset pada tape recorder akan dihidupkan serta bola diedarkan dengan arah jarum jam (yaitu kea rah kiri) dan pada saat tape dimatikan maka anggota kelompok yang memegang bola memperkenalkan dirinya.
2. Hidupkan kaset pada tape recorder dan edarkan bola tenis berlawanan dengan arah jarum jam

3. Pada saat tape dimatikan, anggota kelompok yang memegang bola mendapat giliran untuk menyebutkan: salam, nama lengkap, nama panggilan, fungsi berwudhu, dan cara berwudhu, dimulai oleh terapis sebagai contoh.
4. Ulangi poin kedua dan ketiga sampai semua anggota kelompok mendapat giliran
5. Beri pujian tiap keberhasilan anggota kelompok dengan memberi tepuk tangan

**d) Tahap terminasi**

1. Evaluasi
  - a. Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti terapi
  - b. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok
2. Rencana tindak lanjut
  - a. Mengajukan tiap anggota kelompok melatih memperkenalkan diri kepada orang lain di kehidupan sehari-hari
  - b. Mengajukan tiap anggota kelompok untuk menerapkan cara berwudhu yang benar
  - c. Memasukan kegiatan berwudhu dalam aktivitas sehari-hari
3. Kontrak yang akan datang
  - a. Menyepakati kegiatan berikut, yaitu mengenal berdzikir dan berdoa dalam dzikir
  - b. Menyepakati waktu dan tempat

**e) Evaluasi dan dokumentasi**

Evaluasi dilakukan pada saat proses terapi berlangsung, khususnya pada tahap kerja yang menilai kemampuan klien melakukan terapi. Untuk sesi 1, dievaluasi kemampuan klien memperkenalkan diri secara verbal dan nonverbal, kemampuan klien menyebutkan fungsi wudhu, cara berwudhu dengan menggunakan formulir evaluasi berikut :

1. Kemampuan verbal

**Tabel 4.2 Aspek penilaian kemampuan verbal**

| No     | Aspek yang dinilai         | Nama klien |  |  |  |  |
|--------|----------------------------|------------|--|--|--|--|
|        |                            |            |  |  |  |  |
| 1.     | Menyebutkan nama lengkap   |            |  |  |  |  |
| 2.     | Menyebutkan nama panggilan |            |  |  |  |  |
| 3.     | Menyebutkan asal           |            |  |  |  |  |
| Jumlah |                            |            |  |  |  |  |

2. Kemampuan nonverbal

**Tabel 4.3 aspek penilaian kemampuan non verbal**

| No | Nama klien | Menyebutkan fungsi berwudhu | Menyebutkan cara berwudhu |
|----|------------|-----------------------------|---------------------------|
| 1. |            |                             |                           |
| 2. |            |                             |                           |
| 3. |            |                             |                           |
| 4. |            |                             |                           |
| 5. |            |                             |                           |

Petunjuk :

- Tulis nama panggilan klien yang ikut terapi pada kolom nama peserta untuk tiap peserta, beri penilaian tentang kemampuan menyebutkan fungsi berwudhu dan cara berwudhu yang benar. Beri tanda (√) jika klien mampu dan tanda (x) jika klien tidak mampu.
- Dokumentasikan kemampuan yang di miliki klien saat terapi pada catatan proses keperawatan tiap klien.

**b. Sesi II: Dzikir**

**1) Tujuan**

- Klien dapat mengenal apa itu dzikir
- Klien mampu menyebutkan bacaan/do'a dalam dzikir
- Klien mampu mempragakan cara berdzikir

d) Klien dapat menerapkan dzikir dalam mengisi waktu kosongnya

**2) Alat**

a) Sound / speaker

**3) Metode**

a) Diskusi dan Tanya jawab

b) Bermain peran/simulasi

**4) Langkah kegiatan**

**a) Persiapan**

1. Meningkatkan kontrak dengan klien yang telah ikut sesi sebelumnya
2. Membuat kontrak dengan klien

**b) Orientasi**

1. Salam terapeutik
  - a. Salam dari terapis kepada klien
  - b. Klien dan terapis pakai papan nama
2. Evaluasi / validasi
  - a. Menanyakan perasaan klien saat ini
  - b. Menanyakan pengalaman klien dalam berdzikir
3. Kontrak
  - a. Menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu cara berdzikir
  - b. Menjelaskan cara main berikut : Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada terapis dan setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

**c) Tahap kerja**

1. Terapis meminta klien menyebutkan pengertian berdzikir, berdo'a dalam dzikir, dan cara berdzikir. Ulangi sampai semua klien mendapat giliran
2. Berikan pujian setiap klien selesai menjawab
3. Terapis menjelaskan cara-cara dan do'a dalam dzikir
4. Meminta klien untuk mendemonstrasikan kembali tata cara berdzikir
5. Menanyakan perasaan klien setelah mempraktikkan cara berdzikir

6. Memberikan pujian kepada klien
7. Upayakan semua klien mampu dan mau berdzikir

**d) Tahap terminasi**

1. Evaluasi
  - a. Terapis menanyakan perasaan klien setelah berdzikir
  - b. Menanyakan ulang pada saat kapan saja klien dapat berdzikir
2. Tindak lanjut
  - a. Menganjurkan klien menggunakan cara yang telah dipelajari saat sedang sendiri atau tidak ada pekerjaan
  - b. Memasukan pada jadwal kegiatan harian klien

**e) Evaluasi dan dokumentasi**

Evaluasi dilakukan saat proses terapi berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien yang diharapkan adalah menyebutkan definisi dzikir dalam dzikir dan menyebutkan cara berdzikir.

**Tabel 4.4 aspek penilaian kemampuan klien**

| No | Nama klien | Menyebutkan definisi berdzikir | Menyebutkan do'a dalam dzikir | Menyebutkan cara berdzikir |
|----|------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| 1. |            |                                |                               |                            |
| 2. |            |                                |                               |                            |
| 3. |            |                                |                               |                            |
| 4. |            |                                |                               |                            |
| 5. |            |                                |                               |                            |
| 6. |            |                                |                               |                            |
| 7. |            |                                |                               |                            |

Petunjuk :

1. Tulis nama panggilan klien yang ikut terapi pada kolom nama klien
2. Berikan penilaian pada masing-masing pesertan terapi mengenai kemampuan dalam menyebutkan definisi berdzikir, do'a dalam dzikir dan cara berdzikir.

### Lampiran 3 : Manusribe

## **PENGARUH TERAPI SPIRITUALITAS PADA PASIEN DENGAN RESIKO BUNUH DIRI : STUDI LITERATURE RIVEW**

Dina Fitriani<sup>1</sup>, Siti Kholifah<sup>2</sup>  
Program Profesi Ners ITKES Wiyata Husada Samarinda  
Email : [dipomaida05@gmail.com](mailto:dipomaida05@gmail.com)

### **ABSTRAK**

Latar Belakang: Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, menunjukkan penderita gangguan jiwa berat di Indonesia adalah 7% per mil pada tahun 2018. Menurut data Riskesdas Provinsi Kalimantan Timur (2018) didapat prevalensi skizofrenia mencapai 5% per mil. Tujuan: Menganalisis pengaruh terapi spiritualitas terhadap pasien dengan resiko bunuh diri. Hasil: dari ke 5 jurnal yang dianalisis menyimpulkan bahwa terapi spiritual efektif diberikan pada pasien dengan resiko bunuh diri. Kesimpulan: Literature rivew ini mencoba memberikan gambaran terkait beberapa artikel penelitian dan hasil penelitian tentang bagaimana spiritual pasien dan dampak yang dirasakan oleh pasien terhadap sakit yang dialami, Berdasarkan hasil penelitian dari jurnal yang telah dikumpulkan dengan jumlah 5 artikel yang telah dirivew secara sistematis didapatkan bahwa terapi spiritualitas efektif diberikan pada pasien dengan resiko bunuh diri. Saran: Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan pengaruh terapi spiritualitas pada pasien dengan resiko bunuh diri.

**Kata Kunci : *Resiko bunuh diri, Terapi Spiritualitas***

---

## PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan social sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Maka jika seseorang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia disebut orang dengan gangguan jiwa (UU RI NO.18 tahun 2014).

Menurut WHO Global Health Estimates, angka kematian akibat bunuh diri di Indonesia tahun 2016 sebesar 3,4/mil penduduk, laki-laki (4,8/mil penduduk) lebih tinggi dibandingkan perempuan (2,0/mil penduduk). Secara umum, angka kejadian semakin tinggi pada kelompok umur yang lebih tua, kecuali kelompok umur 20-29 tahun sebesar

5,1 per mil penduduk yang lebih tinggi dibandingkan kelompok umur 30-39, 40-49 dan 50-59 tahun. Jika diasumsikan pada tahun 2018 angka kejadian akibat bunuh diri tidak berubah, dan penduduk Indonesia tahun 2018 sejumlah 265 juta, maka dapat dihitung perkiraan jumlah kematian akibat bunuh diri di Indonesia sekitar 9.000 kasus pertahun.

Bunuh diri merupakan tindakan agresif yang merusak diri sendiri dan dapat mengakhiri kehidupan. Perilaku bunuh diri yang tampak pada seseorang disebabkan karena stress yang tinggi dan kegagalan mekanisme coping yang digunakan dalam mengatasi masalah (Keliat, Akemat, Helena, & Nurhaeni, 2011)

Spiritualitas merupakan bentuk keyakinan dalam hubungan dengan Yang Maha Kuasa, keyakinan spiritual akan menjadikan seseorang mempertahankan keharmonisan, keselarasan dengan dunia luar. Keyakinan spiritual dapat mempengaruhi tingkat kesehatan dan perilaku dalam perawatan pasien. Terpenuhinya kebutuhan spiritual

apabila seseorang tersebut mampu mengembangkan rasa syukur, sabar serta ikhlas (Yusuf, Putra, & Probowati, 2012)

## **METODE**

Desain penelitian yang digunakan adalah *Literature rivew*, dengan Design penelitian *systematic literature riview* adalah cara untuk mengumpulkan, mengevaluasi secara kritis, mengintegrasikan dan menyajikan temuan dari berbagai studi penelitian pada pertanyaan penelitian atau topic yang menarik. *Systematic literature rivew* menyediakan cara untuk menilai tingkat kualitas bukti yang ada pada pertanyaan atau topic yang menarik. SLR memberikan tingkat pemahaman yang lebih luas dan lebih akurat dari pada tinjauan literature secara tradisional.

## **HASIL**

Dari jurnal yang telah dianalisis menyatakan bahwa terapi spiritualitas efektif diberikan pada pasien dengan resiko bunuh diri

## **PEMBAHASAN**

Masalah kesehatan mental seperti halnya depresi yang menyebabkan resiko tindakan bunuh diri ini dapat diatasi dengan intervensi berupa psikososial dan religious agar dapat memunculkan coping yang baik dalam menyelesaikan permasalahan. Beberapa intervensi yang diberikan dalam menangani individu dengan beberapa permasalahan kesehatan mental yang sangat berisiko terhadap perilaku bunuh diri tersebut diantaranya *Sosial Spirutual Group* (SSG) yang dapat di terapkan pada pelayanan kesehatan.

Terapi pada pasien dengan skizofrenia tidak hanya dengan menggunakan obat, tetapi dapat disertai jenis terapi lain seperti psikoterapi dan psikoreligius, pendekatan keperawatan dapat bersifat holistic. Dengan pendekatan holistic diharapkan pasien dapat kembali berfungsi secara baik.

Spiritualitas merupakan bentuk keyakinan dalam hubungan dengan Yang Maha Kuasa, keyakinan spiritual akan menjadikan seseorang mempertahankan keharmonisan,

keselarasan dengan dunia luar. Keyakinan spiritual dapat mempengaruhi tingkat kesehatan dan perilaku dalam perawatan pasien. Terpenuhinya kebutuhan spiritual apabila seseorang tersebut mampu mengembangkan rasa syukur, sabar serta ikhlas (Yusuf et al., 2012). Penggunaan psikoterapi semakin direkomendasikan untuk pengobatan skizofrenia secara bersamaan.

Berdasarkan penelitian diatas penulis berasumsi bahwa terapi spiritualitas bisa dikatakan efektif untuk mengurangi gejala bunuh diri dengan hasil yang dibuktikan bahwa banyak responden yang mengalami penurunan gejala bunuh diri. Perawat dalam hal ini perlu mampu untuk mengidentifikasi faktor serta intervensi yang tepat dan efektif guna meningkatkan taraf kesehatan jiwa yang lebih baik.

Manfaat spiritual dalam kesembuhan pasien dapat terlihat dari berkurangnya gejala-gejala yang muncul seperti paranoid. Hal tersebut sesuai dengan penelitian (Manami, et al, 2010) bahwa spiritual dapat bermanfaat bagi individu dengan

gangguan jiwa skizofrenia dapat mengurangi gejala dan berkontribusi dalam meningkatkan kualitas hidup dari segi psikologi. Spiritual dapat menumbuhkan koping positif dalam membangkitkan sebuah harapan dalam hidup dan juga harapan setelah kematian yang baik. Sesuai dengan hasil penelitian (Mohr et al, 2014) dimana berdoa, istigfar dan shalat dapat mengurangi gejala negative yang dialami pasien skizofrenia, spiritual dapat menumbuhkan koping positif pada pasien.

Berdasarkan kasus kelolaan yang penulis dapatkan bahwa terapi spiritualitas ini efektif diberikan pada pasien dengan resiko bunuh diri, hal ini ditunjukan berkurangnya gejala pada pasien karena terapi spiritualitas sebagai distraksi sehingga pasien menjadi lebih bisa mengontrol pikiran negative sehingga menumbuhkan koping yang positif pada pasien.

## **KESIMPULAN**

Literature rivew ini mencoba memberikan gambaran terkait beberapa artikel penelitian dan hasil penelitian tentang bagaimana spiritual

pasien dan dampak yang dirasakan oleh pasien terhadap sakit yang dialami, Berdasarkan hasil penelitian dari jurnal yang telah dikumpulkan dengan jumlah 5 artikel yang telah diriview secara sistematis didapatkan bahwa terapi spiritualitas efektif diberikan pada pasien dengan resiko bunuh diri. Dari jurnal yang dianalisis pasien yang diberikan terapi spiritualitas terdapat penurunan gejala bunuh diri hal ini karena terapi spiritualitas memberikan dampak pada pasien untuk berfikir positif sehingga peningkatan kopingnya pun semakin baik pula. Hasil dari jurnal-jurnal yang dikumpulkan menunjukkan bahwa terapi spiritualitas dapat mengurangi gejala resiko bunuh diri sehingga dapat diterapkan oleh perawat psikiatri serta dapat di gunakan sebagai pelengkap terapi di rumah sakit jiwa.

## REFERENSI

- Ernawati, E., Samsualam, S., & Suhermi, S. (2020). Pengaruh Pelaksanaan Terapi Spiritual Terhadap Kemampuan Pasien Mengontrol Perilaku Kekerasan. *Window of Health: Jurnal Kesehatan*.  
<https://doi.org/10.33368/woh.v0i0.250>
- Husni, H. (2018). DISTRESS PSIKOLOGI PADA RESIKO KERENTANAN BUNUH DIRI. *JURNAL MEDIA KESEHATAN*.  
<https://doi.org/10.33088/jmk.v1i1.361>
- Iskandar, I., Anggraini, W. R., & Rahman, B. (2019). Persepsi pasien gangguan jiwa tentang aspek positif dan negatif dari tindakan restrain fisik pada pasien rawat inap. *Holistik Jurnal Kesehatan*.  
<https://doi.org/10.33024/hjk.v13i3.1397>
- Keliat, B. A., Akemat, Helena, N., & Nurhaeni, N. (2011). *Proses*

- keperawatan kesehatan jiwa. EGC, Jakarta.*
- https://doi.org/10.36990/hijp.v10i1.103
- Litaqia, W., & Permana, I. (2019). Peran Spiritualitas dalam Mempengaruhi Resiko Perilaku Bunuh Diri: A Literature Review. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta.*  
https://doi.org/10.35842/jkry.v6i2.305
- Mosqueiro, B. P., Caldieraro, M. A., Messinger, M., da Costa, F. B. P., Peteet, J. R., & P Fleck, M. (2021). Religiosity, spirituality, suicide risk and remission of depressive symptoms: a 6-month prospective study of tertiary care Brazilian patients. *Journal of Affective Disorders.*  
https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.028
- Rosyanti, L., Hadju, V., Hadi, I., & Syahrianti, S. (2018). Pendekatan Terapi Spiritual Al-quranic pada Pasien Skizoprenia Tinjauan Sistematis. *Health Information : Jurnal Penelitian.*
- Stefa-Missagli, S., Unterrainer, H. F., Giupponi, G., Wallner-Liebmann, S. J., Kapfhammer, H. P., Conca, A., ... Pompili, M. (2020). Influence of Spiritual Dimensions on Suicide Risk: The Role of Regional Differences. *Archives of Suicide Research.*  
https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1639571
- Yusuf, A., Putra, S. T., & Probowati, Y. (2012). Peningkatan Coping Keluarga Dalam Merawat Pasien Gangguan Jiwa Melalui Terapi Spiritual Direction, Obedience, Dan Acceptance (DOA). *Jurnal Ners.*