

Manajemen Kasus Spesialis Keperawatan Jiwa pada Klien Risiko Bunuh Diri dengan Pendekatan Teori *Chronic Sorrow* di Ruang Utari Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor

Siti Nurjanah¹, Achir Yani S. Hamid², Ice Yulia Wardani³

¹Universitas Muhammadiyah Purwokerto.

Email : janah.pwt@gmail.com

Abstrak

Bunuh diri merupakan tindakan yang secara sadar dilakukan oleh seseorang untuk mengakhiri kehidupannya. Perilaku bunuh diri adalah tindakan yang dilakukan secara sengaja untuk membunuh diri sendiri. Bunuh diri melibatkan ambivalensi antara keinginan untuk hidup dan keinginan untuk mati. Perilaku bunuh diri terdiri dari tiga tingkatan berupa ide/isyarat bunuh diri, ancaman bunuh diri, dan percobaan bunuh diri (Videbeck,2011). Seseorang yang berisiko melakukan bunuh diri adalah ketika mereka tidak mampu mendapatkan solusi dari permasalahan dan penderitaan yang dialami. Tujuan penulisan karya ilmiah akhir ini adalah memberikan gambaran hasil manajemen kasus spesialis pada klien risiko bunuh diri melalui pendekatan model stress adaptasi Stuart dan teori *Chronic sorrow* Eakes di rumah sakit Marzuki Mahdi. Tindakan keperawatan diberikan kepada 11 klien dengan menggunakan terapi kognitif. Terapi kognitif yang diberikan pada klien menunjukkan peningkatan dalam pencegahan perilaku bunuh diri. . Terapi kognitif menunjukkan efektifitas kemampuan klien untuk berpikir positif. Rekomendasi: pada klien risiko bunuh diri dengan pendekatan model teori *Chronic Sorrow* bisa diberikan terapi kognitif. Untuk meningkatkan efektifitas perlu adanya terapi kombinasi bagi klien risiko bunuh diri.

Kata kunci : risiko bunuh diri, teori *Chronic Sorrow* Eakes, terapi kognitif

Abstract

Suicide is considered as a conscious of a person to end her or his life. Suicidal behavior is a deliberate act to kill her or himself. Suicide involves an ambivalence between the desire to live and wanting to die. Suicidal behavior consists of three tiers in the form of ideas / cues suicide, self unuh threats, and suicide attempts (Videbeck, 2011). Someone at risk of suicide is when they are not able to get the solution of problems and suffering. The purpose of writing this scientific paper was to describe the result of specialized case Stuart's Stress Adaptation and Eakes's Chronic Sorrow Theories in Marzuki Mahdi Hospital. The Nursing interventions were provided to 11 clients using cognitive therapy. The cognitive therapy provided to the clients showed the improvement in the prevention of suicidal behavior. The cognitive therapy has demonstrated the effectiveness of positive thinking abilitiet of the cliens.It is recommended that the suicidal risk clients can be treated with ognitive therapy using the combination of the Stuart' Stress Adaptation and Eakes' Chronic Sorrow Theories, as well as the combination of other therapies to be complemented to each other.

Keywords: Chronic sorrow Eakes theory, cognitive therapy, suicidal risk

1. Latar Belakang

Prevalensi terjadinya masalah kesehatan jiwa meningkat tajam. Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2011 menyatakan gangguan jiwa di Indonesia kurun waktu 5 tahun terakhir, telah mencapai 11,6 persen dari 238 juta orang. Dengan kata lain sebanyak 26.180.000 orang penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa (Depkes, 2011).

Klien yang mengalami gangguan jiwa sangat rentan dan berisiko melakukan tindakan bunuh diri. Pada klien skizofrenia insiden terjadinya bunuh diri sangat tinggi yaitu 40% mempunyai ide bunuh diri, 20 – 40% pernah melakukan percobaan bunuh diri dan 10 – 15% mengakhiri hidupnya dengan bunuh diri (Hunt et, al, 2006 dalam Stuart, 2011). Risiko bunuh diri menurut NANDA (2012) adalah berisiko menyakiti diri sendiri dan cedera yang mengancam jiwa. Sedangkan bunuh diri merupakan sebuah peringatan untuk perilaku merusak diri atau mencelakakan diri sendiri (Sadock & Sadock, 2010).

WHO (2010) menyebutkan angka bunuh diri di Indonesia mencapai 1,6 – 1,8 per 100.000 penduduk dengan kecenderungan usia produktif. Menurut data Kepolisian Polda Metro Jaya pada tahun 2011 tercatat hanya 142 kasus. Sedangkan tahun 2012, kasus bunuh diri bertambah menjadi total 167 kasus, cara bunuh diri yang dilakukan terbanyak adalah dengan gantung diri. Sementara RSCM (2009) melaporkan dalam 5 tahun terakhir terdapat 771 orang laki-laki dan 348 perempuan melakukan bunuh diri. Sementara di Jakarta angka bunuh diri meningkat dari 165 kasus menjadi 176 kasus atau setiap bulannya terdapat 12 – 14 kasus bunuh diri terjadi (RSCM, 2009).

Tindakan bunuh diri pada umumnya merupakan cara ekspresi orang yang penuh stress dan tidak mampu menolong dirinya sendiri (Stuart, 2011). Stuart (2011) menyebutkan perilaku bunuh diri terbagi

menjadi 4 kategori, yaitu ide bunuh diri, ancaman bunuh diri, percobaan bunuh diri dan bunuh diri komplit.

Penatalaksanaan klien dengan masalah risiko bunuh diri di pelayanan kesehatan diberikan oleh tenaga kesehatan. Perawat sebagai salah satu bagian dari pemberi layanan kesehatan pada klien melakukan asuhan keperawatan dalam membantu kesembuhan klien. Varcarolis dan Halter (2010) menyatakan Intervensi keperawatan untuk bunuh diri, terbagi menjadi tiga kategori, yaitu primer, sekunder, dan tersier.

Asuhan keperawatan yang diberikan pada individu dengan risiko bunuh diri dapat berupa tindakan keperawatan generalis dan spesialis (FIK UI, 2012). Tindakan keperawatan generalis meliputi tindakan keperawatan untuk klien dan keluarga klien dengan isyarat bunuh diri, ancaman bunuh diri dan percobaan bunuh diri Perawatan spesialis dengan pemberian terapi kognitif, terapi kognitif perilaku, logoterapi dan psikoedukasi keluarga (FIK UI, 2012). Sedangkan menurut Byrne (2005) tindakan spesialis yang diberikan pada klien dengan risiko bunuh diri yaitu terapi kognitif dan logoterapi.

Pada penulisan ini penulis hanya memberikan terapi kognitif pada klien dengan risiko bunuh diri yang berfokus pada pikiran dan kepercayaan untuk membangun coping yang adaptif terhadap masalah hidup.

2. Metode Pelaksanaan

Pelaksanaan manajemen keperawatan spesialis jiwa pada klien dengan risiko bunuh diri merupakan kegiatan yang terintegrasi dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa khususnya masalah gangguan jiwa di unit pelayanan psikiatri. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 18 Februari sampai dengan 19 April 2013. Terapi keperawatan yang diberikan pada klien dengan risiko bunuh diri meliputi terapi

generalis dan terapi spesialis keperawatan jiwa. Hasil dari penatalaksanaan risiko bunuh diri memberikan dampak positif baik terhadap klien berupa menurunnya tingkatan risiko bunuh diri serta peningkatan kemampuan mencari pemecahan masalah dan perubahan pikiran menjadi positif.

Pendekatan teori model yang digunakan oleh penulis adalah model stres adaptasi Stuart dan model *Chronic Sorrow* Eakes. Model stress adaptasi Stuart memberikan gambaran pengkajian tentang faktor predisposisi, stressor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, serta mekanisme koping. Penulis memilih model *Chronic Sorrow* karena memandang model ini memiliki kelebihan yaitu mampu menjelaskan bagaimana seseorang bisa mengalami kesedihan kronis di sepanjang kehidupan. Konsep utama dalam model teori *Chronic Sorrow* Eakes terdiri dari pengalaman kehilangan, disparitas, kesedihan kronis, metode manajemen internal dan eksternal, serta peristiwa pemicu. (Eakes, 1998). Penulis berpikir bahwa model teori *Chronic Sorrow* ini bisa menggambarkan kondisi klien dengan risiko bunuh diri.

Jumlah klien yang dirawat oleh penulis selama periode residensi 3 sebanyak 54 orang. Dari 54 orang klien kelolaan terdapat 11 orang klien (20,4%) diagnosa risiko bunuh diri. Diagnosa risiko bunuh diri masih jarang di angkat dibandingkan dengan diagnosa keperawatan lain. Padahal, jika dilihat dari jumlah dan presentase kasus risiko bunuh diri, jumlahnya cukup banyak. Risiko bunuh diri adalah salah satu bentuk kegawatdaruratan psikiatri, sehingga ketika berada di ruang *intermediate* sekalipun, perawat harus memiliki kemampuan merawat klien dengan risiko bunuh diri dengan baik. Dari 11 kasus risiko bunuh diri selanjutnya diuraikan berdasarkan tingkatan bunuh diri yaitu isyarat bunuh diri sebanyak 4 orang (36,4%), ancaman bunuh diri sebanyak 2 orang (18,2%) dan

percobaan bunuh diri sebanyak 5 orang (45,5%).

Terapi kognitif diberikan pada 11 klien, Enam klien mendapatkan terapi kognitif sampai selesai. Lima klien hanya mengikuti sampai sesi 3 karena klien pulang. Pikiran negatif klien yang menyebabkan munculnya risiko bunuh diri adalah pikiran tidak berguna karena tidak dihargai oleh keluarga, tidak berguna karena tidak bekerja, merasa diri kotor, gagal menampilkan peran sebagai istri, ibu, atau anak. merasa tidak memiliki kelebihan apapun, serta merasa malu dengan gangguan jiwanya. Pikiran rasional positif yang muncul klien Sebagian besar klien mengalami distorsi kognitif *overgeneralisasi*. Ketika klien berhasil melawan pikiran negatif tersebut, secara otomatis akan terganti dengan pikiran positif dari apa yang dipikirkan sebelumnya.. Pikiran rasional positif yang muncul antara lain klien merasa berguna, merasa memiliki kelebihan, merasa memiliki keluarga.

Terapi psikoedukasi keluarga dilakukan pada 3 keluarga yang anggota keluarganya dirawat di ruang Utari karena selama Residen praktek di ruang Utari hanya 3 keluarga yang bisa residen temui. Selebihnya keluarga menjenguk pada saat residen tidak ada di ruangan atau keluarga memang tidak berkunjung.

3. Hasil dan Pembahasan

Hasil Pengkajian karakteristik klien dengan risiko bunuh diri di ruang Utari terdiri atas usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor dan sumber koping. Berikut ini pembahasan tentang karakteristik klien dengan masalah risiko bunuh diri di ruang Utari.

Klien yang dikelola dengan masalah risiko bunuh diri sebagian besar berusia 25-44 tahun dan sebagian kecil berusia 18-25 tahun.

Karakteristik usia yang teridentifikasi dari hasil pelaksanaan manajemen kasus spesialis pada klien risiko bunuh diri menguatkan pendapat Stuart (2011) yang melaporkan bahwa frekuensi tertinggi usia seseorang berisiko mengalami gangguan jiwa yaitu pada usia 25-44 tahun. Begitu juga dengan prevalensi bunuh diri dengan distribusi terbanyak pada kisaran usia tersebut (Stuart, 2011, Videbeck, 2011). Analisa yang dapat ditegakkan adalah bahwa usia dewasa berkontribusi terhadap terjadinya risiko bunuh diri berhubungan dengan berbagai tugas perkembangan yang kompleks. Ketidakmampuan klien dalam menjalankan perannya menimbulkan rasa khawatir yang dimanifestasikan dalam bentuk risiko bunuh diri.

Jenis kelamin klien yang dirawat seluruhnya adalah perempuan. Klien yang dikelola dengan masalah risiko bunuh diri mempunyai latar belakang pendidikan yang bervariasi. Sebagian besar klien memiliki latar belakang pendidikan tinggi (SMA dan PT) dengan tingkat risiko bunuh diri berada pada semua tingkatan (ide, isyarat, dan percobaan bunuh diri). Pada klien dengan latar belakang pendidikan rendah (SD dan SMP) ditemukan sebagian besar berada pada tingkatan perilaku bunuh diri berupa isyarat bunuh diri. Temuan ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kopelowicz, Liberman dan Zarare (2002) yang menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan dan pengetahuan seseorang akan berkorelasi positif dengan keterampilan koping yang dimiliki. Perbedaan terletak pada kemampuan koping yang dimanifestasikan dalam bentuk tingkatan bunuh diri. Stuart (2011) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi ditemukan lebih sering menggunakan pelayanan kesehatan jiwa.

Kesimpulan dari temuan ini adalah bahwa pendidikan dan pengetahuan yang tinggi tentang kondisi kesehatan dapat memberi

dua dampak terhadap klien. Dampak positifnya adalah dengan pendidikan yang tinggi diharapkan pengetahuan dan keterampilan klien dalam merawat diri semakin baik. Sedangkan dampak negatif yang teridentifikasi adalah semakin tinggi pendidikan klien maka pengetahuan tentang kegawatan penyakit diri semakin diketahui dan hal ini berpotensi menimbulkan peningkatan perilaku bunuh diri pada klien yang pada akhirnya berisiko bunuh diri.

Kondisi sosial ekonomi yang rendah berpengaruh terhadap kondisi kehidupan yang dijalani meliputi; nutrisi yang tidak adekuat, rendahnya pemenuhan perawatan untuk anggota keluarga, perasaan tidak berdaya, perasaan ditolak oleh orang lain dan lingkungan sehingga berusaha menarik diri dari lingkungan. Hasil manajemen kasus spesialis keperawatan pada klien risiko bunuh diri teridentifikasi hampir seluruhnya klien tidak bekerja. Hanya satu klien yang mempunyai latar belakang pekerjaan. Pekerjaan erat hubungannya dengan pendapatan yang diterima oleh klien. Fortinash dan Worret (2004), menyebutkan bahwa kemiskinan dan pengangguran yang menyebabkan stress berkontribusi terhadap peningkatan rata-rata kasus bunuh diri. Adanya ketidakseimbangan antara peningkatan kebutuhan hidup dan ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan menyebabkan seseorang frustrasi dan mudah putus asa. Sadock dan Sadock (2010) menyebutkan bahwa seseorang dengan status ekonomi tinggi atau rendah memiliki risiko bunuh diri lebih besar dibandingkan kelas ekonomi menengah. Sehingga dapat disimpulkan bahwa status sosial ekonomi sangat berdampak pada kondisi kejiwaan seseorang. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pekerjaan akan berkorelasi positif dengan pendapatan.

Berbagai masalah perkawinan merupakan sumber stress yang dialami seseorang (Hawari, 2001). Klien yang dikelola dengan masalah risiko bunuh diri sebagian

besar belum menikah sebanyak 7 orang (63,4%) Rasa kesepian dan hidup dalam kesendirian merupakan stressor tersendiri bagi seseorang yang belum/tidak menikah. Kebutuhan untuk berbagi, merasa mencintai dan dicintai menjadi hal yang tidak dimiliki oleh orang yang belum/tidak menikah (Yani, 2008). Angka bunuh diri pada orang yang tidak menikah atau single dua kali lebih besar dibandingkan dengan mereka memiliki pasangan atau menikah (Stuart, 2011, Videbeck 2011, Sadock & Sadock 2010). Pemberian terapi kognitif pada sebagian besar klien yang tidak menikah, meningkatkan rasa percaya diri dan mempunyai pandangan yang positif terhadap diri sendiri serta mampu menghilangkan pikiran yang menyatakan bahwa hidupnya tidak berguna lagi menjadi berpikir bahwa hidupnya masih berguna.

Klien sebagian besar sudah mengalami sakit selama lebih dari 10 tahun dan hal ini erat kaitannya dengan frekuensi klien dirawat, rata-rata 2 – 5 kali masuk rumah sakit (70%). Kondisi kronis dan seringnya klien mengalami kekambuhan akan berdampak pada tingkat keparahan gangguan yang dialami oleh klien, setiap kali kambuh akan mengalami penurunan kemampuan. Maguire (2002 dalam Fortinash & Worret, 2004) menyatakan bahwa kekambuhan adalah sesuatu yang sering terjadi pada klien skizofrenia, hal ini disebabkan oleh *insight* yang buruk terhadap sakitnya, tidak mengikuti pengobatan dengan baik, kurangnya dukungan keluarga, ketidakmampuan coping individu, dan putus obat karena pengobatan dalam jangka panjang.

Pemberian terapi kognitif yang dikolaborasi dengan terapi medis memberikan dampak yang cukup baik dalam meningkatkan kemampuan klien dalam berpikir positif secara rasional. Hal ini sangat penting dimiliki oleh klien dengan risiko bunuh diri. Upaya pencegahan sangat penting dilakukan sehingga bunuh diri tidak terjadi.

Pengkajian pada klien risiko bunuh diri terdiri atas empat komponen pengkajian. Meliputi pengkajian faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, dan sumber coping.

Hasil pelaksanaan manajemen kasus spesialis pada klien dengan masalah risiko bunuh diri ditemukan faktor predisposisi biologis berupa penyakit kronis dan faktor genetik. Penyakit kronis (TBC paru dan kejang) ditemukan pada 2 klien dari 11 klien yang dikelola. Dari 2 orang yang mengalami penyakit kronis keduanya menyebabkan percobaan bunuh diri. Hal ini sesuai Stuart (2011) yang menyatakan bahwa kondisi kesehatan seseorang sangat berpengaruh terhadap stres yang dialami oleh seseorang yang bisa menyebabkan terjadinya risiko bunuh diri. Semakin buruk kondisi kesehatan klien maka akan menyebabkan tingkatan perilaku bunuh diri meningkat. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan seperti yang dialami oleh 4 orang klien berupa pelecehan seksual dan pemerkosaan yang dilakukan baik oleh keluarga maupun orang lain memberi kontribusi munculnya masalah risiko bunuh diri (Stuart, 2011).

Hasil manajemen kasus spesialis mengidentifikasi 3 kasus dari 11 kasus yang dikelola memiliki keterkaitan faktor genetik. Genetik dihasilkan dari fakta-fakta mendalam tentang komponen genetik yang berkontribusi terhadap perkembangan gangguan risiko bunuh diri (Sadock & Sadock, 2010). Hasil manajemen kasus risiko bunuh diri pada klien ini memperkuat teori genetik yang disampaikan oleh Hasil pengkajian faktor predisposisi biologi manajemen kasus klien risiko bunuh memiliki kesamaan dengan pengkajian respon kehilangan pada model teori *Chronic Sorrow* (Eakes, 1998) tentang kontribusi kehilangan secara fisik terhadap risiko bunuh diri. Persamaan yang ditemukan terletak pada kontribusi biologi terhadap proses coping

sehingga mengakibatkan terjadinya risiko bunuh diri. Berdasarkan teori *Chronic Sorrow* Eakes (1998) yang dikaitkan dengan kondisi klien gangguan jiwa menunjukkan pada klien yang mengalami penyakit kronis, ia mengalami kehilangan atas kesehatan tubuhnya dan ini berdampak pada kualitas hidupnya, kemampuan klien untuk beraktifitas menjadi terbatas, kesulitan untuk mendapatkan pekerjaan, maupun pasangan. Sama halnya pada klien yang mengalami pengalaman kehilangan akibat pelecehan seksual/pemeriksaan, klien menganggap bagian yang dianggap suci dari tubuhnya sudah hilang akibat tindakan pelecehan/pemeriksaan bahkan ada klien yang merasa asing dengan tubuhnya sendiri. Hasil temuan residen saat praktek di ruang Utari, ada satu klien yang selalu menolak untuk melakukan olahraga, ternyata setelah dilakukan pengkajian mendalam, klien mengatakan gerakan-gerakan olahraga membuat klien mudah terangsang secara biologis dan mengingatkan klien akan peristiwa pemeriksaan yang dialami. Hal ini menunjukkan bahwa faktor biologis memiliki dampak pada faktor psikologis dan juga sosial budaya spiritual.

Faktor predisposisi psikologis yang teridentifikasi adalah kondisi psikologis yang terkait dengan kepribadian yang tertutup, pengalaman kehilangan dan pengalaman menjadi korban kekerasan fisik dan kekerasan seksual. Townsend (2009) menyatakan bahwa faktor psikologis yang mempengaruhi seseorang bunuh diri adalah keputusan, perpisahan dengan orang yang berarti, kesepian, riwayat kekerasan, malu karena kehilangan status sosial, dan *stressor* pada tahapan tumbuh kembang. Pada klien dengan kerapuhan psikologis tidak mampu beradaptasi dengan *stressor* yang ada, sehingga bunuh diri menjadi pilihan untuk menyelesaikan masalah

Faktor predisposisi sosial budaya spiritual.
Hasil manajemen kasus spesialis

keperawatan jiwa mengidentifikasi adanya faktor usia, pendidikan yang menengah, tidak bekerja, masalah pernikahan, pola komunikasi yang buruk dan jarang terlibat dalam kegiatan sosial. Ke lima aspek sosial budaya ini mempunyai prevalensi yang tinggi sebagai penyebab risiko bunuh diri. Kemampuan hubungan interpersonal yang buruk memiliki dampak terhadap peningkatan perilaku bunuh diri pada klien.

Faktor predisposisi yang teridentifikasi pada model adaptasi stress Stuart (2011) senada dengan penderitaan atau dukacita kronis Eakes (1998). Persamaan terletak pada faktor yang mempengaruhi terjadinya masalah risiko bunuh diri. Sama dengan pengalaman kehilangan, penderitaan dan dukacita kronis juga dilihat dari aspek internal dan eksternal. Aspek internal teridentifikasi dalam faktor predisposisi biologi. Aspek eksternal teridentifikasi dari faktor predisposisi psikologi dan sosial budaya. Varcarolis dan Halter (2010) menyebutkan bahwa faktor budaya termasuk kepercayaan, agama, nilai keluarga, sikap menghadapi kematian, berdampak pada risiko bunuh diri. Isolasi dan terasing dari lingkungan sosial terpisah dari keluarga, komunitas dan hubungan sosial menyebabkan seseorang mempunyai keinginan untuk bunuh diri. Selain faktor sosial budaya, faktor spiritualitas juga perlu dikaji. Yani (2008) menyatakan spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan yang Maha Kuasa dan Maha pencipta. Spiritualitas berupaya untuk mempertahankan keharmonisan atau keselarasan dengan dunia luar, berjuang untuk menjawab atau mendapatkan kekuatan ketika sedang menghadapi stress emosional, penyakit fisik atau kematian. Mickley et al (1992, dalam Yani 2008) menguraikan spiritualitas sebagai sesuatu yang multidimensi, yaitu dimensi eksistensial dan dimensi agama. Dimensi eksistensial berfokus pada tujuan dan arti hidup, sedangkan dimensi agama lebih

berfokus pada hubungan seseorang dengan Tuhan Yang Mahasa penguasa. Pada klien dengan riwayat pemerkosaan, secara psikologis sosial budaya, klien harus berjuang keras untuk melanjutkan kehidupannya, dengan pendekatan metode manajemen internal *Chronic Sorrow* Eakes (1998) dimensi spiritual dapat menjadi sumber coping yang cukup baik. Seseorang yang memiliki kepercayaan menurut Yani (2008) berarti mempercayai atau mempunyai komitmen terhadap sesuatu atau seseorang.

Hasil Pengkajian faktor presipitasi masalah risiko bunuh diri pada klien yang dirawat di rumah sakit terdiri atas faktor biologi, berupa putus obat; faktor psikologis takut kehilangan keluarga atau orang yang dicintai serta faktor sosial budaya berupa masalah ekonomi, masalah pekerjaan, gangguan peran dan konflik keluarga. Beberapa penelitian sejalan dengan hasil manajemen kasus spesialis keperawatan jiwa pada klien risiko bunuh diri.

Faktor presipitasi sosial budaya gangguan peran yang teridentifikasi pada hasil manajemen kasus spesialis keperawatan jiwa pada klien risiko bunuh diri memperkuat hasil penelitian yang menjelaskan bahwa ketidakmampuan menjalankan peran pada klien yang dirawat di rumah sakit akan meningkatkan distress psikologis dan masalah adaptasi yang teridentifikasi dalam bentuk ansietas yang berpotensi meningkatkan risiko bunuh diri (Varcarolis & Halter, 2010).

Hasil manajemen kasus risiko bunuh diri pada klien mengidentifikasi bahwa stressor utama adalah sosial berupa masalah ekonomi. Asal stressor pada manajemen kasus spesialis adalah eksternal dan internal. Stressor eksternal teridentifikasi dari stressor sosial budaya. Sedangkan stressor internal teridentifikasi dari stressor biologi dan psikologi. Hal ini sesuai dengan konsep adaptasi stres (Stuart, 2011) yang menyatakan bahwa

asal stressor dapat berasal dari internal dan eksternal. Pada awalnya stressor yang ditemukan berasal dari eksternal yaitu masalah ekonomi. Stressor utama tersebut menimbulkan respon yang berkontribusi terhadap stressor psikologis dan biologis. Sehingga pada akhirnya asal stressor yang dialami oleh klien dengan risiko bunuh diri adalah dari internal dan eksternal.

Jumlah stressor yang ditemukan pada manajemen kasus spesialis klien risiko bunuh diri berjumlah lebih dari satu. Semakin banyak jumlah stressor yang dialami maka tingkat perilaku bunuh diri yang dialami oleh klien semakin meningkat. Hal ini memperkuat pernyataan Stuart (2011) yang menyatakan bahwa jumlah stressor lebih dari satu yang dialami oleh individu dalam satu waktu akan lebih sulit diselesaikan dibandingkan dengan satu stressor yang dialami. Analisa yang dapat kita tegakkan adalah jumlah stressor akan berhubungan terhadap kejadian risiko bunuh diri dan tingkat perilaku bunuh diri.

Faktor presipitasi yang teridentifikasi pada model adaptasi stress Stuart (2011) senada dengan peristiwa pemicu pada model *Chronic Sorrow* Eakes (1998). Persamaan dua konsep ini terletak pada pengaruh langsung terhadap penyebab risiko bunuh diri klien. Kedua model ini melihat faktor presipitasi dan peristiwa pemicu sebagai stimulus pencetus yang menyebabkan terjadinya risiko bunuh diri pada klien. Selain itu dua model ini melihat stimulus tersebut berasal dari dua stimulus yaitu internal dan eksternal. Stimulus internal pada peristiwa pemicu model *Chronic Sorrow* Eakes (1998) teridentifikasi dalam bentuk faktor presipitasi biologi, psikologi dan sosial budaya.

Penilaian stressor yang teridentifikasi pada hasil manajemen kasus spesialis keperawatan jiwa pada klien risiko bunuh diri diklasifikasikan dalam

penilaian fisiologis, kognitif, afektif, perilaku dan sosial budaya. Respon kognitif yang teridentifikasi dari hasil manajemen kasus spesialis keperawatan jiwa adalah kemampuan berpikir yang dimiliki oleh klien dalam melihat stressor yang dialami. Respon kognitif yang ditemukan ada yang bersifat positif dan ada yang bersifat negatif. Respon positif dihasilkan dari kemampuan klien dalam mentoleransi stressor. Respon negatif dihasilkan dari kegagalan dalam melakukan penilaian kognitif terhadap stressor. Hal ini senada dengan pendapat Stuart (2011) yang menyatakan bahwa faktor kognitif bertugas mencatat kejadian yang penuh tekanan, memilih pola koping yang digunakan, dan emosional, fisiologis, perilaku dan reaksi sosial seseorang.

Hasil manajemen kasus spesialis keperawatan jiwa pada klien risiko bunuh diri mengidentifikasi empat penilaian afektif yaitu marah, mudah tersinggung, afek labil dan sedih. Dalam penilaian terhadap stressor respon afektif utama adalah reaksi sedih, merasa kesepian, merasa tidak berguna, dan marah. Respon afektif yang teridentifikasi pada manajemen kasus sejalan dengan pendapat Stuart (2011) yang menyatakan bahwa respon afektif meliputi sedih, takut, marah, menerima, tidak percaya, antisipasi atau kaget, bingung dan khawatir. Persamaan yang dapat kita analisa dari hasil manajemen kasus dan model adaptasi stress adalah respon emosional negatif akibat stressor yang dialami.

Respon fisiologis yang ditemukan pada manajemen kasus spesialis khususnya diagnosa risiko bunuh diri adalah lemah, kurang nafsu makan dan sulit tidur. Respon perilaku adalah hasil dari respon emosional dan fisiologis. Hasil manajemen kasus kasus spesialis keperawatan jiwa pada klien risiko bunuh diri teridentifikasi dua perilaku yang maladaptif yaitu murung dan menangis. Dua perilaku maladaptif yang

ditampilkan dalam bentuk penolakan dan hukuman terhadap lingkungan yang ada disekitarnya. Respon sosial merupakan hasil dari respon kognitif, afektif, fisiologis dan perilaku yang ditampilkan terhadap hubungan dengan orang lain. Hasil pengkajian manajemen kasus pada klien risiko bunuh diri teridentifikasi dua respon sosial yang teridentifikasi dengan menghindari orang lain dan berbicara dengan orang lain. Sebagian besar klien menunjukkan perilaku menghindari orang lain. Hal ini senada dengan pernyataan Peate dan Whiting (2006) yang menyatakan bahwa kebosanan dan kelelahan menyebabkan klien menghindari kontak sosial dengan orang lain.

Pada pelaksanaan manajemen kasus spesialis pada klien risiko bunuh diri teridentifikasi empat sumber koping yang terdiri dari kemampuan personal, dukungan sosial, asset material dan keyakinan positif. Empat sumber koping yang teridentifikasi diklasifikasikan berdasarkan tingkatan risiko bunuh diri.

Kemampuan personal yang teridentifikasi dalam manajemen kasus spesialis pada klien dengan risiko bunuh diri adalah belum mengenal cara mengatasi masalah tanpa membahayakan diri sendiri. Kemampuan penyelesaian masalah tidak hanya berfokus pada kemampuan kognitif tapi juga berhubungan dengan kemampuan afektif dan psikomotor. Hal ini selaras dengan konsep Stuart (2011) yang menyatakan bahwa kemampuan personal yang perlu dimiliki oleh klien meliputi kemampuan mengenal masalah, menentukan masalah dan menyelesaikan masalah. Kemampuan mengenal masalah tampak dari pengetahuan klien tentang potensi diri klien. Kemampuan menentukan masalah teridentifikasi dari kemampuan untuk melakukan prioritas masalah sedangkan

kemampuan menyelesaikan masalah teridentifikasi dari kemampuan melakukan perawatan terhadap diri sendiri dalam mengontrol risiko bunuh diri.

Sebagian besar klien dengan risiko bunuh diri ditemukan tidak mendapatkan dukungan sosial terkait dengan stresor yang dialami. Semakin rendah dukungan sosial yang diterima oleh keluarga menyebabkan peningkatan tingkatan bunuh diri. Analisa yang dapat ditegakkan adalah bahwa dengan dukungan sosial maka seseorang akan merasa dihargai dan akan meningkatkan peran aktif kliena. Hal ini senada dengan Sarafino (2002) yang menyatakan bahwa dukungan sosial merupakan perasaan *caring*, penghargaan atau membantu seseorang menerima orang lain yang berasal dari keyakinan yang berbeda. Seseorang dengan dukungan sosial akan memberikan cinta, penghargaan dan menjadi bagian jaringan sosial (Videbeck, 2011).

Dukungan sosial yang teridentifikasi dalam manajemen kasus spesialis sebagian berasal dari keluarga, kader dan aparat RT/RW. Dukungan sosial datang dari pasangan, saudara, teman kelompok sosial dan kelompok komunitas. Menurut Safarino (2002) terdapat lima tipe dasar dukungan sosial. Dukungan yang pertama adalah dukungan emosi yang terdiri atas rasa empati, *caring*, memfokuskan pada kepentingan orang lain. Tipe yang kedua adalah dukungan *esteem* yang terdiri atas ekspresi *positif thinking*, mendorong atau setuju dengan pendapat orang lain. Dukungan yang ketiga adalah dukungan instrumental yaitu menyediakan pelayanan langsung yang berkaitan dengan kesehatan jiwa. Tipe keempat adalah dukungan informasi yaitu memberikan nasehat, petunjuk dan umpan balik bagaimana seseorang harus berperilaku. Tipe terakhir atau kelima adalah dukungan

network menyediakan dukungan kelompok untuk berbagi pengalaman. Berdasarkan analisa hasil manajemen kasus spesialis keperawatan klien dengan risiko bunuh diri menunjukkan bahwa dukungan sosial yang diberikan terfokus pada dukungan emosi, instrumental dan informasi.

Dari hasil pengkajian yang dilakukan dalam manajemen kasus spesialis teridentifikasi fakta utama dihadapi dalam pelayanan kasus spesialis adalah faktor kemiskinan. Sebagian besar kasus ditemukan sebagai pengguna pelayanan jamkesmas dan SKTM. Hal ini senada dengan Stuart (2011) yang menyatakan bahwa secara umum sumber koping material aset sering dihubungkan dengan ketersediaan finansial dan asuransi.

Sumber koping keempat adalah keyakinan positif, yaitu keyakinan diri yang menimbulkan motivasi dalam menyelesaikan segala stresor yang dihadapi. Hasil manajemen kasus menemukan bahwa sebagian besar menunjukkan keyakinan yang negatif terhadap kondisi kesehatan klien. Keyakinan negatif ini berkorelasi negatif dengan tingkatan bunuh diri. Semakin negatif keyakinan klien maka semakin berat tingkatan bunuh diri yang dialami.

Hasil pengkajian manajemen kasus pada aspek penilaian terhadap stressor dan sumber koping senada dengan proses koping metode manajemen pada model Chronic Sorrow (Eakes, 1998). Metode manajemen adalah suatu cara bagaimana klien menerima penderitaan kronis. Proses koping pada model *Chronic Sorrow* terdiri atas metode manajemen internal dan manajemen eksternal. Manajemen internal berupa strategi koping klien sedangkan manajemen eksternal adalah bantuan tenaga kesehatan atau intervensi dari orang lain. Penderitaan

kronis (*chronic sorrow*) tidak akan membuat individu melemah bila efektif dalam mengatur perasaan baik secara internal maupun eksternal (Eakes,1998). Strategi manajemen perawatan diri di atur melalui strategi koping internal. (kemampuan personal, sumber koping, asset material dan keyakinan yang positif).

Semua klien menggunakan mekanisme koping untuk menghadapi stresor dengan berfokus pada masalah. Sebagian besar klien juga menggunakan mekanisme koping yang berfokus pada emosi dan kognitif. Hal ini menunjukkan bahwa klien kurang mampu mengembangkan mekanisme koping yang adaptif dalam menyelesaikan setiap masalah yang dihadapinya.

Hasil terapi kognitif menggambarkan bahwa sebagian besar klien mampu mengembangkan mekanisme koping adaptif melalui berbagai aktivitas melalui berpikir positif dan melakukan kegiatan yang bermakna. Gladding (2009) menyatakan bahwa peran terapis dalam terapi kognitif adalah untuk membuat pikiran yang terselubung menjadi lebih terbuka, hal ini sangat penting untuk mengatasi *kognisi* yang bersifat otomatis. Sedangkan yang diberikan sangat mendukung klien untuk menjadikan hidupnya lebih bermakna sehingga ide bunuh diri tidak muncul kembali.

Penetapan diagnosa keperawatan dilakukan berdasarkan pada analisa data yang diperoleh dari pengkajian secara holistik. Hasil manajemen kasus spesialis keperawatan jiwa mengidentifikasi risiko bunuh diri berdasarkan pada tingkatan perilaku bunuh diri. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan meliputi risiko bunuh diri yang terdiri dari ide bunuh diri, ancaman bunuh diri dan percobaan bunuh diri.

Pemberian tindakan keperawatan pada klien dan keluarga diberikan berdasarkan

kombinasi tindakan keperawatan berdasarkan Model teori *Chronic Sorrow* Eakes dan rentang tindakan keperawatan: manajemen perilaku kekerasan menurut dan Stuart dan Laraia (2007). Model teori *Chronic Sorrow* Eakes merupakan suatu pola yang bermanfaat untuk memprediksi dan memahami perilaku sosial secara umum yang mempengaruhi sistem panjang kehidupan (*life span*) seseorang. Dasar dari prinsip ini adalah suatu model teori yang membahas tentang fenomena spesifik tentang masalah-masalah yang timbul dari penyakit kronis mencakup proses berduka, kehilangan, faktor pencetus dan metoda manajemennya. (Eakes,1998). Teori *Chronic Sorrow* didokumentasikan pertama oleh Eakes pada tahun 1998 dengan kerangka kerja yang menjelaskan bagaimana individu dapat menanggapi kerugian selanjutnya dari peristiwa yang sedang berlangsung.

Pengertian dari kerugian selanjutnya bisa residen jelaskan terkait dengan klien risiko bunuh diri, contoh pada dua orang klien kelolaan di ruang Utari yang mengalami pelecehan seksual oleh keluarga, dan pada dua orang klien yang mengalami pemerkosaan oleh orang lain. Pengalaman kehilangan pertama atau kerugian yang di alami oleh keempat klien tersebut hampir sama, yaitu kehilangan kehormatan secara fisik maupun secara psikologis. Akibat dari peristiwa tersebut, klien mengalami krisis kepercayaan diri untuk membina hubungan dengan orang lain, hal ini berdampak pada ketidakmampuan klien menjalin hubungan yang berarti dengan orang lain atau lawan jenis, kondisi ini juga menyebabkan klien sulit untuk mendapatkan pekerjaan, serta dikucilkan oleh masyarakat. Hal yang dialami oleh klien adalah kondisi normal dalam bentuk sedih berkepanjangan (*Chronic sorrow*) yang mungkin ditemukan dalam sepanjang rentang kehidupan. Sehingga yang bisa

dilihat adalah bagaimana metoda manajemen baik internal berupa koping dari klien, maupun eksternal berupa dukungan keluarga maupun tim kesehatan untuk menguatkan koping adaptif, sehingga jika ada peristiwa pemicu lainnya, klien mampu berespon secara adaptif.

Berdasarkan model teori *Chronic Sorrow* seseorang yang mempunyai niat atau ide untuk bunuh diri, akan mempersepsikan bahwa dirinya adalah lemah, tidak berguna, kehilangan makna hidupnya dan semua masalah yang menimpa hidupnya tidak ada jalan keluar lagi, kecuali bunuh diri menjadi suatu manajemen internal yang sudah direncanakan sebelumnya. Klien dengan Risiko bunuh diri membutuhkan bantuan dan perawatan yang intensif, karena Risiko bunuh diri merupakan salah satu bentuk kegawatdaruratan psikiatri. Manajemen krisis sebagai bentuk tindakan preventif perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya perilaku bunuh diri. Inilah yang menjadi dasar perlunya pemberian terapi kognitif sebagai bagian dari upaya preventif tindakan bunuh diri.

Terapi keperawatan yang disusun didasarkan pada penilaian stresor dan sumber koping yang dimiliki oleh keluarga. Dua intervensi utama yang diberikan meliputi intervensi generalis dan intervensi spesialis. Intervensi generalis difokuskan pada kemampuan dasar klien dalam menghadapi stresor. Terapi spesialis disusun untuk memenuhi kebutuhan kemampuan mahir yang harus dimiliki oleh seorang individu. Seluruh intervensi disusun berdasarkan pada sumber koping yang dimiliki oleh klien. Jika sumber koping yang dimiliki oleh klien telah positif maka rencana kegiatan yang dilakukan adalah melakukan *sustainability* kemampuan klien.

Sepuluh dari sebelas klien (91.9%) yang diberikan terapi perilaku kognitif

mengalami diagnosa harga diri rendah selain risiko bunuh diri. Hal ini dibuktikan dengan isi pikiran negatif klien yaitu merasa tidak berguna karena tidak dihargai oleh keluarga, gagal menampilkan peran sebagai istri, ibu, anak, atau karyawan. Berdasarkan hal ini residen menyimpulkan bahwa terapi perilaku kognitif sesuai diberikan pada klien perilaku kekerasan yang juga mengalami harga diri rendah, jika pikiran negatif klien terhadap dirinya menyebabkan klien melakukan perilaku kekerasan.

Tindakan kolaborasi dengan tenaga medis dalam manajemen kasus spesialis pada klien dengan risiko bunuh diri di ruangan sudah dilakukan. Hal ini sesuai dengan konsep kolaborasi yaitu bersama-sama menyusun rencana, membuat keputusan, menyelesaikan masalah, menetapkan tujuan, dan menerima tanggung jawab dengan bekerja bersama dan komunikasi terbuka (Stuart, 2011). Kolaborasi antara perawat spesialis jiwa dan psikiater dalam penanganan masalah risiko bunuh diri dapat dibangun dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

Berdasarkan evaluasi hasil pelaksanaan manajemen kasus dapat dianalisa bahwa seluruh terapi yang diberikan berfokus untuk menyelesaikan sumber koping khususnya kemampuan personal dan keyakinan positif. Seluruh paket menunjukkan adanya peningkatan kemampuan klien dalam mengontrol perilaku bunuh diri serta menurunkan tingkat perilaku bunuh diri.

Tindakan keperawatan yang diberikan dalam rangka membantu klien dalam menyediakan aset material pada klien dengan risiko bunuh diri dilakukan dengan memberikan informasi dan memfasilitasi prosedur mendapatkan jamkesmas dan SKTM. Tindakan yang belum dilakukan adalah memfasilitasi klien untuk mendapatkan *link* dengan

berbagai LSM yang membantu pemenuhan aset material klien.

Evaluasi tidak hanya difokuskan pada kemampuan personal perawat dan klien namun juga terhadap ketersediaan sarana prasarana penunjang yang membantu keefektifan terapi sehingga dapat menurunkan dan membantu klien dalam mengontrol perilaku bunuh diri. Sayangnya prasarana penunjang yang tersedia di ruangan masih terbatas terutama dalam penyediaan setting tempat terapi keperawatan yang diberikan.

Kendala lain yang dihadapi oleh residen adalah masih jarang nya diagnosa risiko bunuh diri sehingga belum membudaya dalam melakukan manajemen kasus klien dengan risiko bunuh.

Upaya yang dapat dilakukan dalam mengatasi kendala tersebut adalah dengan menggunakan pola konsultan di unit pelayanan psikiatri. Adanya penjenjangan dalam manajemen kasus dengan pola konsultan akan meningkatkan kolaborasi antar perawat di seluruh level pendidikan. Perawat konsultan jiwa minimal ditempatkan satu di unit pelayanan psikiatri sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan psikiatri baik terhadap klien maupun keluarga.

Pandangan penulis tentang penggunaan teori *Chronic Sorrow* Eakes dikait dengan diagnosa risiko bunuh diri

Kesedihan kronis (*chronic sorrow*) merupakan fenomena yang dapat diidentifikasi dalam kehidupan orang-orang yang mengalami situasi sakit, cacat maupun kehilangan. Kesedihan kronis adalah reaksi normal yang dapat ditemui sepanjang kehidupan. Eakes (1998) menambahkan pengalaman kesedihan kronis adalah unik pada masing-masing individu dan masing-masing situasi. orang unik. Pada awalnya teori ini di dasari dari penelitian tentang pengalaman orangtua yang memiliki anak cacat. (Eakes, 1998). Lalu kemudian terus dikembangkan

dengan beberapa penelitian lain yang tetap menggunakan pendekatan model teori *Chronic Sorrow*.

Penulis menggunakan teori *Chronic Sorrow* sebagai pendekatan pada kasus klien dengan diagnosa risiko bunuh diri karena penulis melihat ada dampak kelanjutan/kerugian dari pengalaman masa lalu (kehilangan, kegagalan, *sexual abuse*, sakit kronis) yang dialami oleh klien di masa datang. Mutiara yang penulis dapatkan dari proses pembelajaran teori *Chronic Sorrow* ini adalah setiap orang pasti memiliki pengalaman kehilangan di sepanjang kehidupannya, pengalaman kehilangan ini akan menjadi duka yang berkepanjangan manakala metode manajemen internal (koping individu) maupun manajemen eksternal (keluarga, masyarakat, tenaga kesehatan) yang dimiliki maladaptif. Sebagai individu penulis menilai pengalaman kehilangan harus disikapi dengan ikhlas, berpikir positif dan selalu optimis. Sebagai perawat, penulis melihat dengan memahami *chronic sorrow* perawat dapat merencanakan intervensi yang tepat untuk klien, mengakui *chronic sorrow* sebagai reaksi normal, meningkatkan adaptasi sehat serta member dukungan empati.

4. Simpulan dan saran

Karakteristik klien dengan masalah risiko bunuh diri di Ruang Utari mayoritas berusia dewasa 25-44 tahun (81,8%), pendidikan rata – rata tinggi (SMA dan PT) 6orang (54,6)%, belum menikah 7 orang (63,6%) dan sebagian besar tidak memiliki pekerjaan 10 orang (90,9%). Karakteristik bunuh diri yang dialami dari 11 klien yang dirawat, antara lain 4 orang (36,4%) dengan isyarat bunuh diri, 2 orang (18,2%) dengan ancaman bunuh diri dan 5 orang (45,5%) dengan percobaan bunuh diri. Faktor predisposisi penyebab Risiko Bunuh Diri yang paling banyak ditemukan adalah pada aspek biologis yaitu *sexual abuse* 4 orang (36,4%), pada

aspek psikologis yaitu kepribadian tertutup 9 orang (81,8%) dan pada aspek sosial budaya yaitu jarang terlibat kegiatan sosial 11 orang (100%) dan masalah pekerjaan 10 orang (90,9%). Faktor precipitasi yang paling banyak ditemukan pada klien Risiko Bunuh Diri yaitu pada aspek biologis karena putus obat 9 orang (81,8%), pada aspek sosial budaya yaitu konflik keluarga 8 orang (72,7%), asal stressor internal sebanyak 11 orang (100%), dengan jumlah stresor lebih dari 2 stresor 11 orang (100%).

Diagnosa medis yang paling banyak ditemukan adalah skizofrenia paranoid, sedangkan diagnosa keperawatan yang menyertai diagnosa Risiko Bunuh Diri yaitu, halusinasi, harga diri rendah, isolasi sosial dan resiko perilaku kekerasan. Terapi spesialis keperawatan jiwa yang dilakukan yaitu terapi kognitif, dan psikoedukasi keluarga. Klien dengan Risiko Bunuh Diri yang mendapatkan terapi spesialis menunjukkan perubahan cara berpikir.

Terapi spesialis keperawatan jiwa dengan Risiko Bunuh Diri tidak berfokus pada satu terapi saja melainkan merupakan gabungan dari beberapa terapi sesuai dengan kebutuhan klien. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa keberhasilan klien merupakan kombinasi dari macam-macam terapi modalitas yaitu dari terapi keperawatan, psikofarmaka dari medik dan lainnya.

Berdasarkan simpulan hasil karya ilmiah akhir, ada beberapa hal yang dapat disarankan kepada pihak – pihak terkait dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa. Perlunya promosi tentang kesadaran diri tentang bunuh diri berbasis masalah kesehatan masyarakat. Membangun dan mengimplementasikan strategi untuk mengurangi stigma yang berhubungan dengan klien yang menderita gangguan jiwa dan pelayanan pencegahan bunuh diri. Mengembangkan akses dan kerjasama lintas sektor dan lintas program dalam masyarakat untuk penanganan

gangguan jiwa. Mendukung penelitian dan upaya pencegahan bunuh diri. Perlunya penempatan perawat spesialis jiwa sebagai konsultan klinis di ruang rawat inap untuk memberikan kemampuan tingkat mahir pada klien dalam mengatasi dan mengantisipasi masalah khususnya masalah risiko bunuh diri. Perlu meningkatkan kemampuan perawat ruangan dalam memberikan tindakan keperawatan generalis khususnya masalah risiko bunuh diri.

Bagi Pendidikan Keperawatan agar mengembangkan standar pelaksanaan terapi kognitif untuk klien di ruang rawat inap psikiatri. Mengembangkan terapi spesialis yang lebih sederhana untuk klien dengan kemampuan kognitif yang rendah. Mengembangkan paket terapi spesialis keperawatan jiwa sesuai dengan kondisi klinis klien.

Daftar Pustaka

- Depkes (2011). *Program Kesehatan Jiwa*. www.depkes.go.id. diakses pada tanggal 23 Mei 2013.
- Eakes, G.G, dkk (1998). *Chronic Sorrow: a Lifespan*. <http://psychiatry.org>. diakses pada tanggal 25 Mei 2013
- Eakes, G.G., Burke, M.L., & Hainsworth, M.A. (1998). *Middle-range theory of Chronic Sorrow*. The Journal of Nursing Scholarship
- Fortaine, K.L. (2009). *Mental health nursing*. (6th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc
- Fortinash, K.M & Worret, P.A (2004). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd ed). St. Louis : Mosby.
- Frisch, N.C & Frisch, L.E (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing* (3rd ed). Canada : Thomson.
- Yani, A. (2008). *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Maramis, W.F. & Maramis A.A. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. (edisi 2). Surabaya: Airlangga University Press
- NANDA Internasional (2012). *Diagnosis keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: EGC
- Pirruccello L.M (2010). *Preventing adolescent suicide*. New Jersey : Journal of Psychosocial nursing and mental health services volume 48. May edition.
- Puri, B.K., Laking, P.J. & Treasaden, I.H. (2011). *Buku Ajar Psikiatri*. (edisi 2). Jakarta: EGC
- Sadock, B.J & Sadock, V.A. (2010). *Kaplan & Sadock: Buku Ajar Psikiatri Klinis* (edisi 2). Jakarta: EGC

- Shives, R.L.(2005). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. (6th ed.). Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G.W. (2011). *Principles and practice of psychiatric nursing*.9th ed. Mosby.Inc.
- Townsend,C.M.(2009).*Psychiatric mental health nursing*. (6th ed.) Philadelphia: F.A.Davis Company
- Varcarolis, E.M & Halter, M.J (2010). *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing : a Clinical approach*. St. Louis : Saunders Elsevier.
- Videbeck, S.L..(2011). *Buku ajar keperawatan jiwa*. (Renata Komalasari, dkk, penerjemah). Jakarta :EGC.
- WHO. (2010).*Angka bunuh diri di Indonesia*.
<http://kominfonewscenter.com>.diakses pada tanggal 28 Mei 2013

¹Ns. Siti Nurjanah, S.Kep, M.Kep. Sp.Kep.J : Dosen Keperawatan Jiwa Fikes Universitas Muhammadiyah Purwokerto.

²Prof. Achir Yani S. Hamid, MN, DnSc: Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta.

³Ns. Ice Yulia Wardani, S.Kep, M.Kep, Sp.KepJ: Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta.
