

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

RSJD Dr RM Soedjarwadi merupakan salah satu RSJD milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah yang berkedudukan di Kabupaten Klaten. Berdasarkan Peraturan Gubernur (PerGub) Nomor : 98 Tahun 2008, Tentang Tugas Pokok dan Fungsi, menurut pasal 2, RSJD Dr RM Soedjarwadi mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan khususnya usaha Pelayanan Kesehatan Jiwa dengan Tri Upaya Bina Jiwa yaitu upaya preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Visi RSJD Dr RM Soedjarwadi adalah “Menjadi rumah sakit jiwa pilihan pertama masyarakat dengan layanan lengkap bermutu tinggi dan sesuai ilmu terkini”.

Adapun Misi RSJD Dr RM Soedjarwadi adalah :

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik bagi semua lapisan masyarakat.
2. Meningkatkan kuantitas dan kualitas sumber daya manusia secara kesinambungan.

3. Menjamin layanan kesehatan yang selalu terakreditasi dan tersertifikasi secara nasional maupun internasional
4. Mewujudkan penataan rumah sakit yang modern dan konsisten dengan *master plan*
5. Melaksanakan pendidikan, pelatihan dan penelitian di bidang kesehatan jiwa

RSJD Dr RM Soedjarwadi dalam menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud, sesuai pasal 3 yaitu:

1. Perumusan kebijakan teknis di bidang Pelayanan Kesehatan Jiwa;
2. Pelayanan penunjang dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah di bidang Pelayanan Kesehatan Jiwa;
3. Penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang Pelayanan Kesehatan Jiwa;
4. Pelayanan medis Kesehatan Jiwa;
5. Pelayanan penunjang medis dan non medis;
6. Pelayanan keperawatan;
7. Pelayanan rujukan;
8. Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan jiwa;
9. Penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat

10. Pengelolaan urusan kepegawaian, keuangan, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum.

Moto RSJD Dr RM Soedjarwadi adalah **“Melayani dengan ketulusan hati.”** Struktur Organisasi Tata Kelola (SOTK) RSJD Dr RM Soedjarwadi sangat minimal. Direktur dibantu oleh 3 orang Kepala Seksi (Pelayanan Medis, Keperawatan, dan Penunjang Medis) dan Kepala Sub Bagian Tata Usaha.



Gambar 4.1. Bagan Struktur Organisasi dan Tata Kelola

Dalam menjalankan penatalaksanaan pasien psikiatri rawat inap, terdapat alur pelayanan dari penerimaan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD), kemudian menuju ke bangsal Edelweis yaitu

bangsal perawatan intensif psikiatri. Di bangsal Edelweis ini, pasien psikiatri menjalani perawatan secara intensif, dengan tata laksana perawatan berupa injeksi dan fixasi, yang bertujuan untuk menenangkan gejala agresi dalam waktu 5-7 hari, kondisi pasien menjadi tenang dan lebih stabil. Disamping itu, untuk pasien-pasien dengan ide-ide keinginan bunuh diri, dilakukan penilaian resiko bunuh diri dengan instrumen Penilaian Resiko Bunuh Diri.

Setelah menjalani perawatan di bangsal Edelweis, pasien psikiatri akan menjalani perawatan selanjutnya di bangsal tenang (*maintenance*), yaitu bangsal Flamboyan (perawatan pasien tenang laki-laki), Bangsal Geranium (perawatan pasien tenang laki-laki), dan Bangsal Heliconia (perawatan pasien tenang wanita). Di bangsal tenang ini, pasien akan menjalani perawatan *maintenance* dengan terapi obat secara oral, dan terapi rehabilitasi psikososial, untuk menyiapkan pasien pasca perawatan, dan menyiapkan setelah pulang perawatan nanti bekerja atau bersosialisasi di masyarakat.

Bangsals perawatan lain yang ada di RSJD DR RM Soedjarwadi adalah bangsal Ivy (bangsal psikogeriatri), bangsal Jasmine (rehabilitasi pasien pengguna narkoba), bangsal Camelia 1 (perawatan gangguan fisik), bangsal Camelia 2 (perawatan unit Stroke).

B. Karakteristik Responden

Penelitian ini dilakukan di RSJD DR RM Soedjarwadi Klaten. Waktu penelitian dilaksanakan bulan Januari 2017. Sampel dalam penelitian ini diambil secara *consecutive sampling*, setiap sampel yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi sebanyak 32 orang responden untuk diikutkan dalam penelitian dan analisis lebih lanjut. Sampel diambil dari populasi pasien gangguan jiwa psikotik yang datang ke Instalasi Gawat Darurat lalu dirawat di bangsal Edelweis (bangsal perawatan intensif psikiatri) kemudian diikuti selama 7 hari sampai berpindah menuju bangsal tenang (*maintenance*) yaitu bangsal Flamboyan, Geranium, dan Helikonia di RSJD Dr RM Soedjarwadi Klaten.

Tabel 4.1. Kriteria Karakteristik Responden

No	Variabel	Frekuensi	Prosentase
1.	Jenia Kelamin		
	Laki-laki	20	62,50
	Perempuan	12	37,50
2.	Usia		
	< 30 th	10	31,25
	30 – 60 th	20	62,50
	> 60 th	2	6,25
3.	Status Pernikahan		
	Menikah	16	50,00
	Tidak menikah/janda/duda	16	50,00
4.	Tingkat Pendidikan		
	Rendah (tamat SD atau SMP)	10	31,25
	Tinggi (tamat SMA, Diploma, S1)	22	68,75
5.	Pekerjaan		
	Bekerja	14	43,75
	Tidak Bekerja	18	56,25
6.	Riwayat bunuh diri		
	Pernah mencoba bunuh diri	17	53,12
	Belum pernah mencoba bunuh diri	15	46,88

Tabel di atas menunjukkan tentang kriteria karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, usia, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan riwayat percobaan bunuh diri. Jenis kelamin laki-laki sebanyak 20 orang (62,5%), lebih dominan dibanding perempuan yaitu sebanyak 12 orang (37,5%). Dari 32

responden, dapat diketahui usia terbanyak adalah antara 30-60 th yaitu sebanyak 20 orang (62,50%). Usia muda (<30 th) sebanyak 10 orang (31,25 %), dan usia lanjut (>60%) hanya 6 orang (18,75%). Responden yang sudah menikah, yaitu sejumlah 16 orang (50%). Demikian juga responden yang belum menikah/janda/duda ada 16 orang (50%). Tingkat pendidikan responden lebih banyak berpendidikan tinggi (SMA, D3, S1) yaitu sebanyak 22 orang (68,75%). Sedangkan tingkat pendidikan rendah ada 10 orang (31,25%). Responden yang bekerja hanya 14 orang (43,75%). Sedangkan responden yang tidak bekerja, sebanyak 18 orang (56,25%). Dari 32 responden, didapatkan informasi 17 orang pernah melakukan percobaan bunuh diri (53,12%). Sedangkan yang belum pernah mencoba bunuh diri 15 orang (46,88%).

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Penilaian Resiko Bunuh Diri berdasarkan ungkapan atau gejala pada penilaian pertama.

No	Item Penilaian	n	%
1.	Mengungkapkan ide bunuh diri	5	15,62
2.	Memiliki rencana / maksud bunuh diri	5	15,62
3.	Mengungkapkan stress yang berat	12	34,37
4.	Keputusasaan	9	28,12
5.	Peristiwa / kejadian signifikan akhir-akhir ini	17	53,12
6.	Berkurangnya / kehilangan kontrol diri	26	81,25
7.	Penggunaan NAPZA	1	3,12

Tabel di atas dapat menunjukkan bahwa pernyataan penilaian yang paling banyak dialami responden adalah berkurangnya/kehilangan kontrol diri, sebanyak 81,25%. Penilaian lain urutan kedua yang banyak dialami adalah peristiwa / kejadian bunuh diri akhir-akhir ini sebanyak 53,12%. Penilaian tentang penggunaan NAPZA pada responden hanya didapatkan 1 orang, sebanyak 3%.

C. Uji Validitas dan Reliabilitas

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen Penilaian Resiko Bunuh Diri, ditunjukkan pada tabel berikut ini :

Tabel 4.3 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penilaian Resiko Bunuh Diri

No	Item	Nilai			
		Validitas	Keterangan	Reliabilitas	Keterangan
1	Pernyataan 1	0,431	Valid	0,732	Reliabel
2	Pernyataan 2	0,491	Valid	0,725	Reliabel
3	Pernyataan 3	0,641	Valid	0,685	Reliabel
4	Pernyataan 4	0,748	Valid	0,658	Reliabel
5	Pernyataan 5	0,513	Valid	0,722	Reliabel
6	Pernyataan 6	0,302	Tidak valid	0,762	Reliabel
7	Pernyataan 7	0,172	Tidak valid	0,772	Reliabel

Dari hasil pengujian validitas dan reliabilitas pada tujuh item pernyataan instrumen penelitian terlihat bahwa lima diantaranya valid dikarenakan nilai pengujian melebihi nilai tabel validitas yang ditetapkan pada tingkat signifikansi 5% yaitu 0,361. Sedangkan sisa dua pertanyaan dari hasil pengujian menunjukkan tidak valid. Hal ini dikarenakan ragam kondisi kejiwaan pasien berbeda-beda, sehingga instrumen pengukur mengalami kesulitan untuk mencapai kondisi valid pada poin 6 dan 7.

Selanjutnya, untuk pengujian reliabilitas, dari ketujuh pertanyaan secara mutlak mendapatkan nilai reliabel, dimana keseluruhan nilai melebihi indikator reliabel pengujian yaitu 0,6.

D. Pengukuran Penilaian Resiko Bunuh Diri Pre & Post

Hasil pengukuran penilaian resiko bunuh diri pada 32 responden selama 7 hari pada masing-masing responden, terjadi penurunan level resiko bunuh diri dari *high* menjadi *moderat* atau menjadi *low*, yang signifikan. Berikut ini adalah hasil distribusi frekuensi level resiko bunuh diri.

Tabel 4.4 Level of Suicide Risk

No	Level	Distribusi frekuensi	
		n = 32	%
1	<i>Low</i>	19	59,4
2	<i>Moderate</i>	13	40,6

Sebagaimana tabel 4.4 di atas terlihat bahwa hanya dua level yang nampak pada responden yaitu *low* dan *moderate*. Sebanyak 32 pasien yang menjadi responden penelitian, setelah dilakukan pengukuran selama 7 hari, mayoritas berada pada level *low* dengan jumlah 19 orang (59,4%). Sisanya, sebanyak 13 orang berada pada level *moderate* dengan prosentase 40,6%. Berikut ini adalah hasil rerata pengukuran penilaian resiko bunuh diri pada hari pertama sebelum terapi dan pada hari ke tujuh sesudah terapi.

Tabel 4.5 Rerata pengukuran Penilaian Resiko Bunuh Diri Pre & Post di RSJD Dr. RM Soedjarwadi Klaten

No	Pengukuran	Mean	Sig	t
			n=32	
1	Pertama (pre)	6,88	0,000	5,007
2	Terakhir (post)	4,16		

Tabel 4.5 di atas menjelaskan tentang keberhasilan terapi yang diterapkan oleh peneliti, hal tersebut terlihat dari hasil pengujian

sample t test yang positif. Terdapat perbedaan yang bermakna rerata nilai pengukuran sebelum dan sesudah terapi dengan selisih 2,72. Selanjutnya, nilai sig. menunjukkan 0,000 yang berarti bahwa pengujian dinyatakan bermakna dan terapi yang diberikan berhasil menurunkan resiko bunuh diri pasien gangguan jiwa di RSJD Dr. RM Soedjarwadi Klaten. Terakhir, nilai t_{hitung} sebesar 5,007 menunjukkan nilai lebih dari t_{tabel} yaitu 2,04.

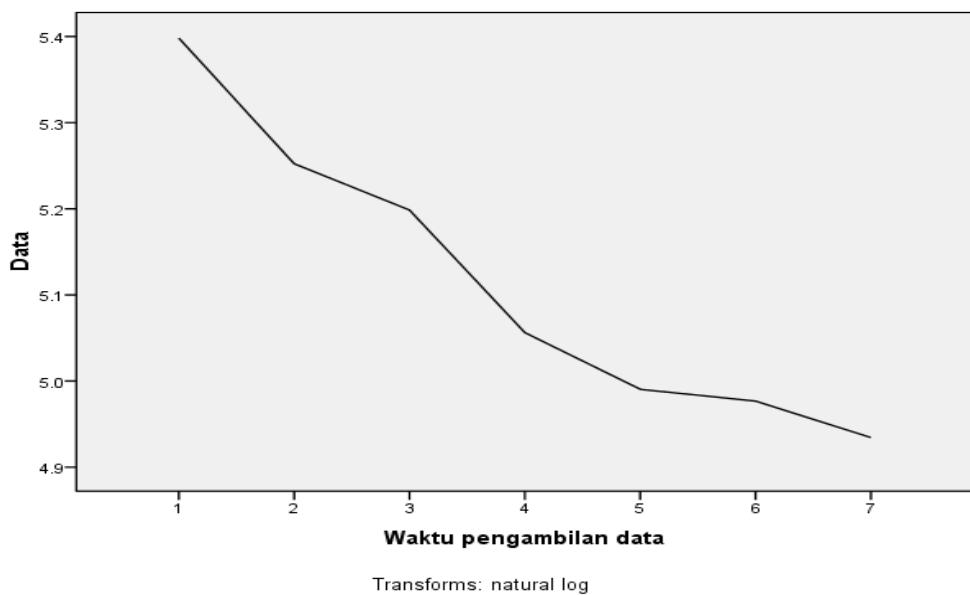
E. Pengukuran Penilaian Resiko Bunuh Diri secara Time Series

Hasil pengukuran secara *Time Series*, didapatkan nilai rerata pada hari pertama, kedua, ketiga, keempat, kelima, keenam, dan ketujuh, semuanya mendapatkan nilai rerata dibawah 7, yang artinya berada di level *low* resiko bunuh diri. Hal itu ditunjukkan pada tabel 4.6 di bawah ini.

Tabel 4.6 Rerata pengukuran Penilaian Resiko Bunuh Diri secara *Time Series* selama 7 hari di RSJD Dr. RM Soedjarwadi Klaten

No	Pengukuran	Mean	Level
1	Pertama	6,9	Low
2	Hari ke 2	5,9	Low
3	Hari ke 3	5,6	Low
4	Hari ke 4	4,9	Low
5	Hari ke 5	4,5	Low
6	Hari ke 6	4,5	Low
7	Terakhir	4,2	Low

Grafik berikut ini didapatkan gambaran penurunan level penilaian resiko bunuh diri yang bermakna, dari pengukuran hari pertama sampai pengukuran hari terakhir pada semua responden. Grafik tersebut menunjukkan bahwa penurunan level penilaian resiko bunuh diri secara bermakna sudah terjadi dimulai pada hari kedua.



Gambar 4.2. Grafik Pengukuran Penilaian Resiko Bunuh Diri secara *Time Series*.

F. Pembahasan

Berdasarkan penelitian ini, menunjukkan bahwa pada instrumen penilaian resiko bunuh diri ini, pernyataan penilaian yang paling banyak dialami responden adalah berkurangnya / kehilangan kontrol diri, sebanyak 81,25%. Penilaian lain urutan kedua yang banyak dialami adalah peristiwa / kejadian bunuh diri akhir-akhir ini sebanyak 53,12%. Hal ini sesuai dengan teori yang diutarakan oleh Roy A bahwa bunuh diri itu didasari pengalaman hidup yang penuh tekanan (stress) menjadi pemicu berkurangnya / kehilangan kontrol diri, yang menyebabkan ide-ide bunuh diri. Mayoritas orang yang melakukan tindakan bunuh diri mengalami sejumlah pengalaman hidup yang penuh tekanan (stres) dalam tiga bulan sebelum bunuh diri. Masalah itu adalah masalah interpersonal, seperti perpisahan dengan pasangan, keluarga, teman, kekasih, penolakan - terpisah dari keluarga dan teman. Faktor lain adalah pengalaman kehilangan - misalnya kehilangan secara finansial, kematian, perubahan dalam masyarakat. Misalnya perubahan ekonomi dan politik yang sangat cepat bisa menyebabkan bunuh diri. Berbagai macam stresor lainnya seperti rasa malu dan rasa takut kesalahannya akan diketahui juga menjadi penyebab tindakan tersebut (WHO, 2010; Sadock, 2013; Roy A, 2010).

Kriteria karakteristik responden dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 20 orang (62,5%), lebih dominan dibanding perempuan yaitu sebanyak 12 orang (37,5%). Hal ini sesuai dengan teori yang dinyatakan Sadock, bahwa pria lebih banyak melakukan tindakan bunuh diri dibanding wanita tetapi lebih banyak wanita yang melakukan percobaan bunuh diri. Pria tiga kali lebih sering, karena menurut tradisi pria biasanya enggan membicarakan permasalahan mereka dan sulit mengekspresikan perasaan. Disamping itu pria memiliki tuntutan lebih berat menyangkut tanggung jawabnya kepada keluarga dibanding wanita. Faktor lain adalah dukungan sosial wanita lebih baik ketimbang pria (Sadock, 2013).

Karakteristik responden usia terbanyak adalah antara 30-60 th yaitu sebanyak 20 orang (62,50%). Usia muda (<30 th) sebanyak 10 orang (31,25 %), dan usia lanjut (>60%) hanya 6 orang (18,75%). Hal ini sesuai dengan pernyataan Roy A, bahwa populasi bunuh diri memiliki dua puncak yakni kaum muda (15-35 tahun) dan lanjut usia (di atas 75 tahun). Sebagian kecil kasus bunuh diri terdiri dari kelompok remaja. Mereka rentan terpapar oleh kasus bunuh diri dalam kehidupan nyata atau lewat media. Paparan tersebut mungkin berpengaruh dalam perilaku bunuh diri (WHO, 2010).

Responden yang sudah menikah, yaitu sejumlah 16 orang (50%). Demikian juga responden yang belum menikah/janda/duda ada 16 orang (50%). Hal ini sesuai dengan pernyataan Roy A, bahwa mereka yang bercerai, ditinggal mati pasangan dan orang yang tidak menikah memiliki risiko yang lebih tinggi dibanding orang yang menikah. Mereka yang hidup sendiri atau berpisah dari pasangannya lebih rentan (Roy A, 2010).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengukuran penilaian resiko bunuh diri selama 7 hari pada masing-masing responden, terjadi penurunan level resiko bunuh diri dari *high* menjadi *moderate* atau menjadi *low*, yang signifikan. Hal ini sesuai dengan harapan, bahwa pada pasien-pasien yang mengalami resiko bunuh diri, harus mengalami monitoring dan evaluasi yang ketat, dan berada pada ruang perawatan intensif psikiatri. Perawatan Intensif Psikiatri membutuhkan sarana dan prasarana yang lebih memadai, sehingga tarif perawatan di Ruang Perawatan Intensif Psikiatri lebih mahal dibandingkan ruang perawatan biasa, bahkan setara dengan ruang ICU seharga tarif klas I. Jika dikaitkan dengan klaim asuransi jaminan kesehatan BPJS, pada pasien klas II dan klas III akan mengalami keuntungan dalam hal fasilitas perawatan intensif. Sementara itu bagi pihak rumah sakit akan sangat dirugikan, jika

masa perawatan intensif psikiatri terlalu lama. Sehingga idealnya masa perawatan intensif psikiatri adalah 5-7 hari.

Dari hasil pengujian validitas dan reliabilitas pada tujuh item pertanyaan instrumen penelitian terlihat bahwa lima diantaranya valid dikarenakan nilai pengujian melebihi nilai tabel validitas yang ditetapkan pada tingkat signifikansi 5% yaitu 0,361. Sedangkan sisa dua pernyataan dari hasil pengujian menunjukkan tidak valid. Hal ini dikarenakan ragam kondisi kejiwaan pasien berbeda-beda, sehingga instrumen pengukur mengalami kesulitan untuk mencapai kondisi valid pada poin 6 dan 7.

Selanjutnya, untuk pengujian reliabilitas, dari ketujuh pertanyaan secara mutlak mendapatkan nilai reliabel, dimana keseluruhan nilai melebihi indikator reliabel pengujian yaitu 0,6.

Data penelitian ini menghadirkan juga informasi yang menarik, pengujian sample t test yang positif. Terdapat perbedaan yang bermakna rerata nilai pengukuran sebelum dan sesudah terapi dengan selisih 2,72. Selanjutnya, nilai sig. menunjukkan 0,000 yang berarti bahwa pengujian dinyatakan bermakna dan terapi yang diberikan berhasil menurunkan resiko bunuh diri pasien gangguan jiwa di RSJD Dr. RM Soedjarwadi Klaten. Terakhir, nilai t_{hitung} sebesar 5,007 menunjukkan nilai lebih dari t_{tabel} yaitu 2,04. Hal ini

menunjukkan bahwa, terapi yang dilakukan sejak pasien masuk IGD, kemudian menjalani perawatan di ruang perawatan intensif psikiatri, dan selanjutnya pindah ke bangsal tenang perawatan *maintenance* yang berupa terapi injeksi terhadap pasien yang kehilangan kontrol diri, dan berupa terapi pengobatan oral, serta psikoterapi edukasi dan motivasi, sangat berpengaruh untuk menurunkan level penilaian resiko bunuh diri.

Hasil pengukuran secara *Time Series*, didapatkan nilai rerata pada hari pertama, kedua, ketiga, keempat, kelima, keenam, dan ketujuh, semuanya mendapatkan nilai rerata dibawah 7, yang artinya berada di level *low* penilaian resiko bunuh diri, dan hanya mengalami penurunan secara angka. Berdasarkan nilai skor penilaian resiko bunuh diri, terdapat 3 kategori level penilaian resiko bunuh diri. Level *low*, jika skor <7 , level *moderate* dengan nilai skor 7-14, dan level *high* dengan skor >14 .

Dari Grafik didapatkan gambaran penurunan level penilaian resiko bunuh diri yang bermakna, dari pengukuran pertama (hari ke satu) sampai pengukuran hari terakhir (hari ke tujuh). Grafik tersebut menunjukkan bahwa penurunan level penilaian resiko bunuh diri secara bermakna sudah terjadi dimulai pada hari kedua.