

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi

Bunuh diri adalah kematian yang ditimbulkan oleh diri sendiri dan disengaja (Sadock, 2013). Edwin Schneidman menyatakan bahwa bunuh diri sebagai tindakan pembinasaan yang disadari dan ditimbulkan diri sendiri (Schneidman, 2006). Bunuh diri dipandang sebagai *malaise multidimensional* pada kebutuhan individu (Roy A, 2000). Tindakan tersebut dirasakan sebagai pemecahan yang terbaik. Sedangkan percobaan bunuh diri didefinisikan sebagai tindakan mencelakai diri sendiri yang cukup serius sehingga membutuhkan pemeriksaan medis dan dilakukan dengan tujuan untuk mengakhiri hidup (Krakowski, 2014).

Bunuh diri bukan suatu diagnosis atau penyakit, melainkan suatu perilaku atau satu bentuk atau cara menuju kematian (Sadock, 2013). Bunuh diri biasanya merupakan “jeritan minta tolong” (*cry for help*) untuk melepaskan diri dari situasi yang tidak menyenangkan. Tindakan ini dilakukan oleh diri sendiri dan disengaja (Surilena, 2014). Apabila tindakan percobaan bunuh diri dilakukan terus-

menerus tanpa intervensi dari orang lain sangat mungkin dapat menyebabkan kematian (Roy A, 2010).

Secara garis besar, bunuh diri dapat dibagi menjadi 4 bentuk yaitu

1. Bunuh diri tipe histrionik atau tipe impulsif

Pelaku bunuh diri pada tipe ini melakukan bunuh diri hanya untuk mencari perhatian dari orang-orang terdekat. Ia mencari ketegangan yang ditimbulkan dari usaha bunuh diri. Kondisi tersebut menimbulkan perasaan puas dan senang akan spekulasi. Ciri khas pada bunuh diri yang dilakukan adalah bersifat melebih-lebihkan dan dilakukan secara berulang ulang (Sadock, 2013).

2. Bunuh diri karena merasa tidak ada harapan

Pelaku bunuh diri merasa bahwa tidak ada lagi pilihan dalam mengatasi persoalan-persoalan dalam kehidupannya. Ia merasa jalan keluar satu-satunya adalah bunuh diri.

3. Bunuh diri karena halusinasi

Pelaku bunuh diri mengalami halusinasi auditorik tipe memerintah (*commanding*) yang menyuruhnya untuk melakukan tindakan bunuh diri. Halusinasi ini biasanya dapat ditemui pada psikotik maupun pada pengguna zat psikoaktif.

4. Bunuh diri rasional

Pelaku melakukan suatu tindakan bunuh diri didasarkan atas alasan-alasan yang rasional menurut kepercayaannya. Misalnya, para teroris yang melakukan sabotase sebuah pesawat terbang dan melaksanakan aksi bom bunuh diri, yang dianggap tindakan mulia . Mereka menilai perbuatannya itu adalah tindakan yang mulia, mati suci sebagai martir. Contoh lainnya adalah orang yang bunuh diri setelah orang yang dikasihinya meninggal dunia, beranggapan bahwa dengan bunuh diri dan mati, mereka dapat bertemu dengan orang yang dikasihinya.

B. Epidemiologi Bunuh Diri

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).

Populasi bunuh diri memiliki dua puncak yakni kaum muda (15-35 tahun) dan lanjut usia (di atas 75 tahun). 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).

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).

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).

C Bunuh Diri Pada Pasien Psikiatri

Risiko pasien psikiatri melakukan bunuh diri 3-12 kali lebih besar dibandingkan dengan mereka yang tidak menderita gangguan mental.

Delapan sampai 10% kasus bunuh diri memberi peringatan atau tanda akan usahanya. Lima persen secara terbuka mengatakan bahwa mereka ingin mati (Sadock, 2013).

Pasien psikiatri yang termasuk kelompok dengan risiko tinggi melakukan bunuh diri adalah depresi (dalam segala bentuk), gangguan kepribadian (antisosial dan *borderline* disertai sifat impulsif, agresif dan perubahan *mood* yang frekuen, alkoholik (dengan / atau penyalahgunaan zat pada remaja), skizofrenia, gangguan mental organik, gangguan mental lain (Donald, 2016).

Bunuh diri merupakan kedaruratan psikiatri. Pada pasien gangguan mental perlu dilakukan evaluasi psikiatrik darurat. Evaluasi psikiatrik darurat adalah menilai secara tepat saat pasien mengalami krisis untuk dilakukan penatalaksanaan lebih lanjut (Roan, 2008).

Pada pasien gangguan mental dengan risiko bunuh diri perlu kiranya memperhatikan *deliberating self harm*. *Deliberating self harm* atau cedera yang diakibatkan diri sendiri. Tindakan mencederai diri sendiri dan percobaan bunuh diri tidak selalu melibatkan keinginan untuk mati, meskipun terdapat hubungan yang erat antara percobaan bunuh diri, mencederai diri sendiri dan percobaan bunuh diri yang berhasil. *Self injury* pada pasien psikiatri diperkirakan 50 kali lebih besar dibandingkan dengan populasi umum (Roan, 2008).

Qin P dan kawan-kawan melakukan studi terhadap kaum muda di Denmark untuk memperkirakan risiko bunuh diri pada kaum muda dihubungkan dengan status psikiatri, faktor keluarga dan sosioekonomi. Hasil penelitian tersebut adalah faktor risiko yang paling kuat untuk terjadinya bunuh diri pada kaum muda adalah gangguan mental (Qin P, 2013).

Gangguan mental yang terpenting adalah depresi berat. Hal ini dibuktikan dengan penelitian Donald J dan kawan-kawan melakukan penelitian tentang faktor risiko bunuh diri berbasis rumah sakit dibandingkan dengan berbasis populasi Australia. Pada pasien depresi berat keterikatan sosial merupakan faktor protektif utama (Donald, 2016).

Sedangkan menurut Edwin S. Sheidman, terdapat 10 keadaan yang biasa menyertai pada mereka yang memiliki ide bunuh diri. Hal ini tercantum dalam tabel berikut ini.

Tabel 2.1. Ten Commonalities of Suicide : (suicidal mind)

-
- *The common purpose of suicide is to seek a solution.*
 - *The common goal of suicide is cessation of consciousness*
 - *The common stimulus of suicide is unbearable psychological pain*
 - *The common stressor in suicide is frustrated psychological need*
 - *The common emotion in suicide is hopeless-helpless*
 - *The common cognitive state in suicide is ambivalence*
 - *The common perceptual state in suicide is constriction*
 - *The common action in suicide is escape*
 - *The common interpersonal act in suicide is communication of intention*
 - *The common pattern in suicide is consistency of life long style*
-

D. Faktor Resiko Bunuh Diri pada Pasien Psikiatri Rawat Inap

Tidak semua pasien yang memiliki ide bunuh diri memerlukan rawat inap. Sebagian dapat berobat jalan. Keputusan ini tergantung pada diagnosis, keparahan depresi dan gagasan bunuh diri, kemampuan pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah, situasi hidup pasien dan tersedianya dukungan sosial. Indikasi untuk perawatan di rumah sakit adalah tidak adanya sistem pendukung sosial yang kuat, suatu riwayat perilaku impulsif dan rencana tindakan bunuh diri (Roy A, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh *Oxford Record Linkage Study* pada pasien psikiatri rawat inap yang berisiko melakukan bunuh diri didapatkan temuan ada lima faktor prediksi pada pasien psikiatri rawat inap. Faktor tersebut adalah percobaan bunuh diri yang telah direncanakan, percobaan bunuh diri yang telah dilakukan namun gagal, kehilangan yang baru terjadi, adanya waham, penyakit mental kronis dan riwayat bunuh diri dalam keluarga (Powell, 2010)

Kebanyakan kasus tersebut tidak terjadi di bangsal ruang perawatan, tetapi di tangga, gedung rumah sakit yang lain, lantai dasar dan sebagainya. Waktu terjadinya terutama pada saat rotasi staf, terutama residen psikiatrik merupakan periode yang terkait dengan kejadian bunuh diri tersebut. Pasien rawat inap lainnya

bunuh diri di rumah ketika akhir minggu menjelang pulang atau ketika absen (Roy A, 2010).

Meski secara statistik mungkin relatif kecil, tetapi isu hukum sering muncul karena terkait adanya risiko selama di rawat inap. Diperlukan kewaspadaan dan respon psikiater dan staf terhadap tanda klinis tersebut. Dalam kaitannya pada proses di pengadilan, bukannya kasus bunuh diri tidak pernah terjadi tetapi bagaimana pasien tersebut dievaluasi secara periodik (Desjarlais, 2005).

Evaluasi tersebut menyangkut risiko bunuh diri, rencana terapi, tingkat keamanan yang sudah direncanakan. Termasuk peran serta anggota staf dalam mengikuti rencana tersebut. Peranan pembantu dan pendorong upaya bunuh diri menambahkan dimensi lain terhadap area etik (Desjarlais, 2005).

Delapan sampai sepuluh persen kasus bunuh diri memberikan peringatan atau tanda akan usahanya dan 5 % menyatakan secara terbuka bahwa mereka ingin mati. Jika pasien mengakui adanya rencana atau ide bunuh diri, hal tersebut merupakan tanda bahaya. Ada beberapa riwayat, tanda dan gejala bunuh diri, upaya atau khayalan bunuh diri sebelumnya, kecemasan, depresi, kelelahan, tersedia alat-alat untuk bunuh diri, kepedulian efek bunuh diri dari keluarga, gagasan bunuh diri yang diungkapkan, membuat surat

wasiat, krisis hidup, riwayat bunuh diri dalam keluarga, pesimisme atau keputus asaan yang pervasif (Roy A, 2010).

Faktor risiko berguna dalam menilai risiko jangka pendek bunuh diri pada saat krisis akut. Suatu skala penilaian yang telah dipublikasikan dan telah divalidasi dapat digunakan untuk menilai pasien rawat inap memiliki risiko bunuh diri. Alat ini bernama .

The California Risk Estimator for Suicide. Skala tersebut dirancang untuk memperkirakan risiko bunuh diri pada orang dewasa berusia 18-70 tahun selama periode waktu 2 tahun setelah *assessment*. *The California Risk Estimator for Suicide* terutama diaplikasikan untuk mereka yang berisiko, misalnya orang-orang yang sedang dalam keadaan depresi berat, memiliki pikiran atau keinginan bunuh diri, atau baru saja melakukan percobaan bunuh diri (Sajatovic, 2011).

Hal lain yang perlu diwaspadai adalah mencermati ambivalensi pasien antara keinginan untuk mati dan hasrat untuk hidup. Brown dan kawan-kawan melakukan studi tentang hal tersebut. Mereka meneliti 5814 pasien rawat jalan dan rawat inap di klinik Psikiatri di Pennsylvania. Dilakukan wawancara diagnostik terstruktur serta penilaian klinisi atas keinginan untuk mati dan hasrat untuk hidup. Variabel *outcome*-nya adalah kejadian bunuh diri, seperti yang

ditunjukkan dalam sertifikat kematian. Sebuah indeks skor yang terbagi dua memuat perbedaan antara keinginan untuk mati dan hasrat untuk hidup menunjukkan rasio bahaya sebesar 6,51 untuk kejadian bunuh diri (Brown, 2015).

Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat perbedaan antara keinginan untuk mati versus hasrat untuk hidup. Hal ini merupakan faktor risiko yang khas untuk bunuh diri. Sementara itu menurut Aaron Beck menunjukkan rasa putus asa merupakan salah satu indikator paling akurat untuk risiko bunuh diri dalam jangka panjang (Surilena, 2014).

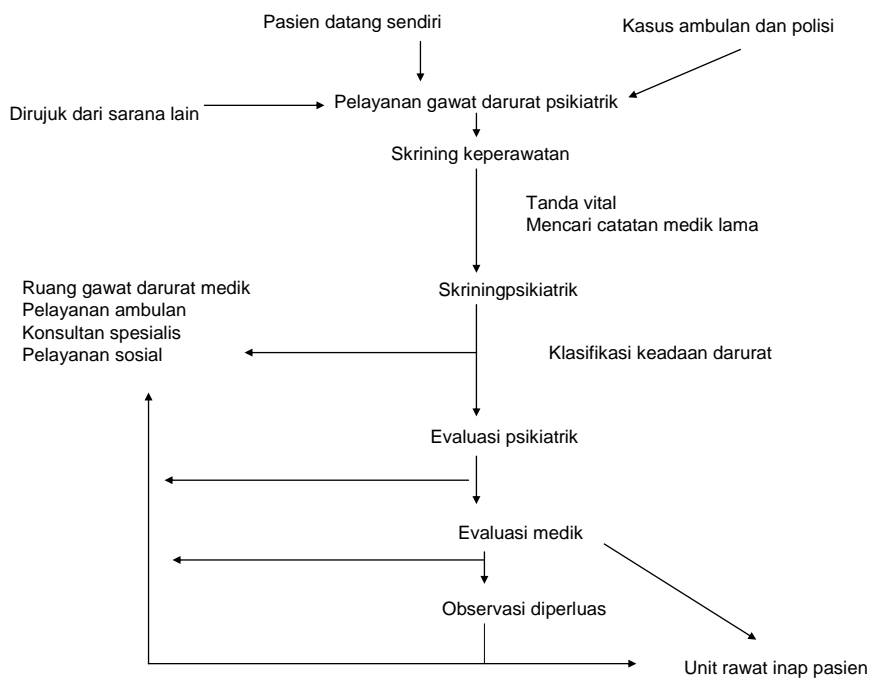
E. Penatalaksanaan Pasien Psikiatri yang Berisiko Bunuh Diri

Pencegahan bunuh diri menurut Conwell terdiri atas pencegahan primer, sekunder dan tertier. Pencegahan primer adalah suatu upaya pencegahan terjadinya perilaku bunuh diri atau keadaan yang berkembang menjadi menjadi upaya bunuh diri. Pencegahan sekunder adalah suatu upaya pencegahan dengan cara menemukan sedini mungkin krisis bunuh diri dan melakukan tindakan agar tidak berlanjut menjadi bunuh diri. Sedangkan pencegahan tertier adalah tindakan yang ditujukan untuk menyelamatkan seseorang yang melakukan bunuh diri, mengurangi gejala psikiatris dan penyakit sosial pada kelompok risiko. Penanganan di ruang gawat darurat dan

di bangsal rawat inap psikiatri merupakan pelayanan tertier (WHO, 2010; Yoga, 2003).

Penanganan tersebut tergambar dalam bagan berikut ini.

Gambar 2.1. Evaluasi dan Pengobatan Gawat Darurat Psikiatri (Roan, 2008).



Evaluasi pertama di ruang gawat darurat merupakan unsur yang penting dalam penanganan pasien psikiatri yang berisiko bunuh diri. Sangat mungkin dalam penanganan tersebut dilakukan kerjasama dengan bagian lain (Roan, 2008).

Setelah itu, pasien gangguan mental dapat diberikan terapi sesuai indikasi dengan tujuan utama menangani gejala mental akutnya. Langkah berikutnya adalah melakukan intervensi psikologis. Sejumlah proses psikologis yang mendahului ide dan perilaku bunuh diri dapat meningkat bila muncul stresor. Peran terapis adalah mengenali faktor tersebut. Selama proses tersebut pencegahan dapat dilakukan dengan membatasi sarana dan prasarana yang mungkin digunakan untuk melakukan bunuh diri (Caroline, 2016)

Banyak kasus bunuh diri dapat dicegah (Sadock, 2013; Roy, 2010). Begitu pula percobaan bunuh diri di rawat inap. Penderita depresi dapat melakukan bunuh diri justru di saat mereka tampak mulai pulih (*paradoxal suicide*) (Surilena, 2014). Pengenalan faktor risiko sangat penting bagi klinisi yang merawat pasien psikiatri rawat inap. Petugas kesehatan harus cermat menilai kondisi pasien secara keseluruhan. Faktor-faktor yang harus dinilai adalah status mental terbaru, ide-ide terakhir mengenai kematian dan bunuh diri, rencana bunuh diri terbaru, seberapa siap orang itu, dan sesegera apa aksi tersebut akan dijalankan, sistem pendukung individu (WHO, 2010).

Banyak pasien bunuh diri menggunakan preokupasi bunuh diri untuk melawan depresi yang tidak tertahankan dan rasa putus asa. Penilaian potensi bunuh diri melibatkan penggalan riwayat psikiatrik

yang lengkap, pemeriksaan status mental pasien yang menyeluruh, dan pertanyaan tentang gejala depresi, pikiran, tujuan, rencana dan usaha bunuh diri (Sadock, 2013; Roy, 2010).

Cara terbaik untuk mengetahui apakah seseorang mempunyai ide untuk bunuh diri adalah dengan menanyakan langsung. Tidak seperti yang diyakini selama ini, membicarakan mengenai bunuh diri tidak membuat ide tersebut tertanam dalam kepala seseorang. Kenyataannya mereka malah merasa bersyukur dan lega bisa berbicara secara terbuka mengenai hal-hal dan pertanyaan yang membebani mereka (WHO, 2010; Surilena, 2014).

Penilaian faktor risiko dapat mempergunakan *The California Risk Estimator for Suicide*. *The California Risk Estimator for Suicide* dirancang sebagai suplemen terhadap penilaian klinis, bukan sebagai pengganti terutama untuk pasien dengan gangguan *mood* yang menonjol. Pemeriksaan yang menyeluruh diindikasikan dalam setiap gangguan emosional yang berat. Adanya keunikan individual menunjukkan bahwa jika skala tidak konsisten dengan penilaian klinis, maka penilaian klinis harus lebih diutamakan (Sajatovic, 2011).

Di rumah sakit, pasien mungkin menerima medikasi antidepresan atau antipsikotik sesuai dengan indikasi; terapi

individual, terapi kelompok dan juga terapi keluarga. Pasien mendapatkan dukungan sosial rumah sakit dan rasa aman. Terapi ECT (*Electro Convulsive Therapy*) mungkin diperlukan untuk pasien yang terdepresi parah. Pasien yang memiliki gagasan bunuh diri akut memiliki prognosis yang lebih baik dari pada pasien yang mencoba bunuh diri secara kronis (Sadock, 2013; Roy, 2010).

Pengamatan yang terus-menerus oleh perawat khusus, pengurungan dan pengikatan tidak dapat mencegah bunuh diri jika pasien teguh, terutama individu yang ingin melakukan bunuh diri biasanya menjadi lebih kreatif untuk menemukan metode bunuh dirinya. Namun demikian, harus diperhatikan agar memeriksa barang-barang pasien dan orang-orang yang berkunjung ke bangsal untuk mencari benda-benda yang dapat digunakan untuk bunuh diri dan secara berulang mencari eksaserbasi gagasan bunuh diri (Sadock, 2013; Roy, 2010).

Penting juga mencermati kemungkinan pasien melakukan bunuh diri tidak di dalam ruang rawat inap psikiatri tetapi masih dalam lingkungan rumah sakit. Bisa di halaman, kebun, dapur atau tempat-tempat lain yang biasanya luput dari pengamatan petugas (Powell, 2010).

Idealnya, pasien rawat inap yang mencoba bunuh diri mengalami depresi harus ditempatkan dalam bangsal yang terkunci, dimana jendela dipasang terali, ruangan pasien harus berlokasi dekat tempat perawatan untuk memaksimalkan pengamatan oleh perawat. Tim yang mengobati harus diperiksa secara berulang dan terus-menerus mengawasi secara langsung. Pasien yang sedang pulih dari depresi, bunuh diri berada pada risiko khusus. Saat depresi menghilang, pasien memiliki energi untuk melakukan bunuh diri (Sadock, 2013; Roy, 2010).

F. Penelitian Terdahulu

Dari referensi yang penulis ketahui, penelitian tentang bunuh diri masih jarang dilakukan. Apalagi penelitian tentang bunuh diri yang terjadi terjadi di rumah sakit. Hal ini barangkali disebabkan karena angka kejadian suicide di rumah sakit masih sangat sedikit bahkan di era Akreditasi ini, hampir mendekati nol. Begitu pula penelitian tentang *screening* resiko bunuh diri dengan menggunakan instrumen Penilaian Resiko Bunuh Diri. Di Indonesia, instrumen Penilaian Resiko Bunuh Diri untuk pasien psikiatri rawat inap ini lahir di RSJD Dr RM Soedjarwadi Klaten yang merupakan RS Jiwa pertama kali di Indonesia yang lulus Akreditasi Paripurna. Dalam rangka implementasi Keselamatan Pasien secara khusus pada pasien

Jiwa, maka lahirlah instrumen Penilaian Resiko Bunuh Diri ini yang diadopsi dari WHO.

Dengan menggunakan kata kunci : **resiko, bunuh diri, rumah sakit**, ada sebuah penelitian klinis tentang asuhan keperawatan pasien bunuh diri, yaitu :

Rahmad Fitriyan (2015), dalam penelitian Analitik Observasi dengan menggunakan desain pendekatan *Cross Sectional* yang berjudul “ Hubungan antara golongan darah dengan resiko bunuh diri pada pasien skizofrenia di rumah sakit jiwa daerah Dr Amino Gondohutomo “. Berdasarkan hasil analisa diperoleh bahwa dari 35 responden, sebagian besar memiliki jenis golongan darah B sebanyak 65,5% responden, O sebanyak 17,1% responden, A sebanyak 11,4% responden, dan AB sebanyak 5,7% responden. Hasil penelitian juga menunjukkan 42,9% responden melakukan ancaman bunuh diri, 57,1% responden melakukan upaya bunuh diri. Golongan darah B sebanyak 65,7% responden melakukan ancaman dan upaya bunuh diri. Hasil penelitian dengan uji Chi-Square menunjukkan nilai P Value = 0,006 (< 0,05), maka ada hubungan antara golongan darah dengan resiko bunuh diri pada pasien skizofrenia.

Hal-hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian tersebut di atas adalah lokasi, subyek, instrumen penelitian, dan metodologi penelitian. Lokasi penelitian adalah di RSJD Dr RM Soedjarwadi Klaten. Subyek penelitian ini adalah pasien rawat inap psikiatri. Instrumen penelitian ini adalah Penilaian Resiko Bunuh Diri .

G. Landasan Teori

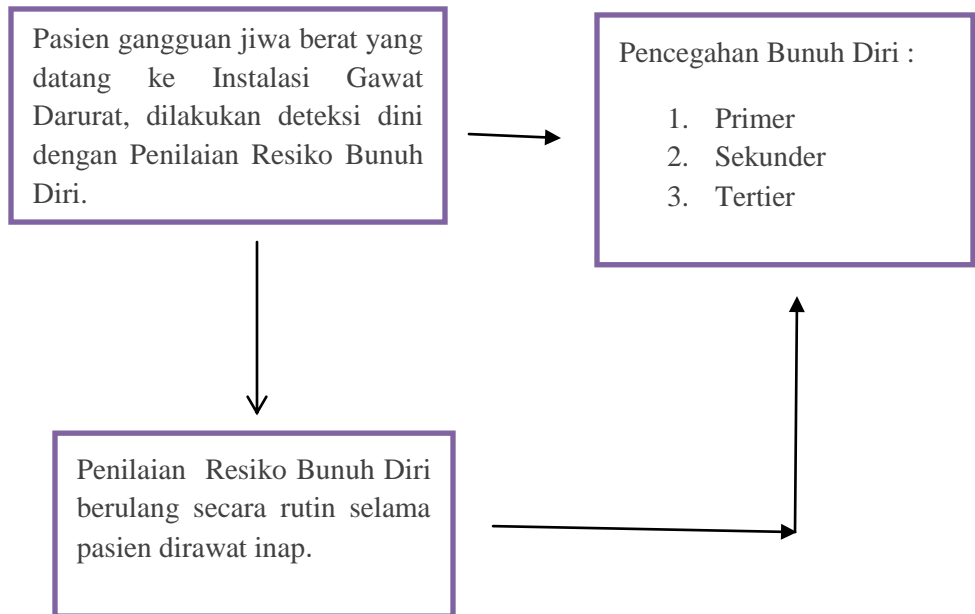
Bunuh diri bukan suatu diagnosis atau penyakit, melainkan suatu perilaku atau suatu cara menuju kematian. Apabila tindakan percobaan bunuh diri dilakukan terus-menerus tanpa intervensi dari orang lain sangat mungkin dapat menyebabkan kematian. Pada pasien gangguan jiwa yang dirawat inap di rumah sakit *screening* (deteksi dini) terhadap resiko bunuh diri dilakukan sejak pasien datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD). Penilaian awal sejak pasien masuk IGD ini menggunakan instrumen *Assesmen Resiko Suicide* yang diadopsi dari WHO.

Faktor risiko berguna dalam menilai risiko jangka pendek bunuh diri pada saat krisis akut. Suatu skala penilaian yang telah dipublikasikan dan telah divalidasi dapat digunakan untuk menilai pasien rawat inap memiliki risiko bunuh diri. Penilaian ini untuk memprediksi kejadian *tentamen suicide*.

Pencegahan bunuh diri menurut Conwell terdiri atas pencegahan primer, sekunder dan tertier. Pencegahan primer adalah suatu upaya pencegahan terjadinya perilaku bunuh diri atau keadaan yang berkembang menjadi menjadi upaya bunuh diri. Pencegahan sekunder adalah suatu upaya pencegahan dengan cara menemukan sedini mungkin krisis bunuh diri dan melakukan tindakan agar tidak berlanjut menjadi bunuh diri. Sedangkan pencegahan tertier adalah tindakan yang ditujukan untuk menyelamatkan seseorang yang melakukan bunuh diri, mengurangi gejala psikiatris dan penyakit sosial pada kelompok risiko. Penanganan di ruang gawat darurat dan di bangsal rawat inap psikiatri merupakan pelayanan tertier.

Pada dasarnya penatalaksanaan yang baik dan terarah dapat mencegah kemungkinan terjadinya bunuh diri pada pada pasien psikiatri rawat inap. Tahapan tersebut dimulai pada saat pasien pertama kali kontak di layanan psikiatri. Percobaan bunuh diri merupakan kedaruratan psikiatri yang harus ditangani secara menyeluruh.

H. Kerangka Konsep



I. Hipotesis

Instrumen Penilaian Resiko Bunuh Diri valid dan reliabel efektif untuk memprediksi dan mendeteksi dini resiko bunuh diri, dengan cara penurunan level resiko bunuh diri.