

**PENGARUH PEMBERIAN TERAPI *FOCUS GROUP DISCUSSION*  
*KONTROLLING* DEPRESI PADA PASIEN RISIKO BUNUH DIRI  
DI RUMAH SAKIT JIWA Dr. RM. SOEDJARWADI KLATEN**

**NASKAH PUBLIKASI**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh  
Gelar Sarjana Keperawatan (S1)



Oleh :

**Meylinda Hendra Putri**

**KP.19.01.374**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN (S-1) DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIRA HUSADA  
YOGYAKARTA**

**2023**

**NASKAH PUBLIKASI**

**PENGARUH PEMBERIAN TERAPI *FOCUS GROUP DISCUSSION*  
*KONTROLLING* DEPRESI PADA PASIEN RESIKO BUNUH DIRI  
DI RSJD DR. RM. SOEDJRAWADI JAWA TENGAH**

Disusun Oleh :

Meylinda Hendra Putri

KP.19.01.374

Telah dipertahankan di hadapan Dewan Tim Penguji pada tanggal :

**Susunan Dewan Penguji**

**Ketua Dewan Penguji**

Wahyu Rekningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KJ

()

**Pembimbing Utama/Penguji I**

Agnes Erida Wijayanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep

()

**Pembimbing Pendamping/Penguji II**

Ns. Nur Anisah, S.Kep.,M.Kep.,Sp.KJ

()

**Naskah Publikasi ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan untuk  
memperoleh gelar Sarjana Keperawatan**

Yogyakarta, .....

**Ketua Program Studi Keperawatan S1 dan Ners**

()

Yuli Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep

**PENGARUH PEMBERIAN TERAPI *FOCUS GROUP DISCUSSION*  
KONTROLLING DEPRESI PADA PASIEN RISIKO BUNUH DIRI  
DI RUMAH SAKIT JIWA Dr. RM. SOEDJARWADI KLATEN**

Meylinda Hendra Putry<sup>1</sup>, Agnes Erida<sup>2</sup>, Nur Anisah<sup>3</sup>

**INTISARI**

**Latar belakang :** Ide bunuh diri mengacu pada pikiran-pikiran tentang menyakiti atau membunuh diri sendiri. Percobaan bunuh diri suatu tindakan yang fatal yang dilakukan dengan menyakiti diri sendiri dengan maksud untuk kematian. Di Dunia angka kematian karena bunuh diri cukup tinggi yakni sekitar yang diperkirakan 800.000 kasus per tahun. Sebagai Untuk mengurangi atau menekan Resiko Bunuh diri pasien dengan gangguan kejiwaan Depresi pasien tidak cukup hanya diberikan antidepresan oleh sebab itu pasien biasanya juga akan diberikan terapi Nonfarmakologis seperti Guided Emegary dan TAK.

**Tujuan penelitian :** Penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi focus group discussion kontrolling depresi pada pasien dengan resiko bunuh diri.

**Metode :** Penelitian ini menggunakan metode Kuantitatif dengan pendekatan pengukuran dan menggunakan data statistik Uji- T. Teknik Sampling dalam penelitian ini menggunakan Purposive Sampling dengan pemilihan berdasarkan Kriteria Inklusi dan Eksklusi. Pelaksanaan penelitian menggunakan rancangan Pre test dan Post Test dengan kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi.

**Hasil :** Hasil Penelitian menunjukkan Bahwa Terapi Fokus Grup Discussion berpengaruh terhadap Kontrol Depresi pada pasien dengan Resiko Bunuh Diri dilihat dari nilai  $t_{hitung}$  lebih besar dari  $t_{tabel}$  ( $8.528. >2.048407$ ) dan nilai signifikansi  $<0,05$ . Hal itu berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, dengan kata lain ada perbedaan antara skor prilaku Resiko bunuh diri kelompok kontrol dan kelompok Intervensi.

**Kesimpulan :** terdapat pengaruh dalam pemberian terapi fokus grup diskusi pada kontrol depresi pda pasien dengan resiko bunuh diri (RBD)

**Kata kunci :** *Depresi , Resiko Bunuh Diri, Focus Grup Discussion.*

---

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Studi Keperawatan (S1) dan Ners STIKES Wira Husada Yogyakarta

<sup>2</sup> Dosen STIKES Wira Husada Yogyakarta

<sup>3</sup> Dosen STIKES Wira Husada Yogyakarta

# **EFFECT OF GIVING FOCUS GROUP DISCUSSION THERAPY TO CONTROL DEPRESSION IN PATIENTS AT RISK OF SUICIDE AT**

**RSJD Dr. RM. SOEDJRAWADI KLATEN**

Meylinda Hendra Putry<sup>1</sup>, Agnes Erida<sup>2</sup>, Nur Anisah<sup>3</sup>

## **ABSTRACT**

**Background :** Suicidal ideation refers to thoughts about hurting or killing oneself. Attempted suicide is a fatal act committed by hurting oneself with the intention of death. In the world, the death rate due to suicide is quite high, around an estimated 800,000 cases per year. To reduce or suppress the risk of suicide of patients with psychiatric disorders, depression is not enough for patients to be given antidepressants, therefore patients will usually also be given nonpharmacological therapies such as Guided Emegary and TAK.

Due to this, researchers are interested in examining whether there is an effect of giving FDG therapy as a control of depression in patients with suicide risk to add to non-pharmacological therapies that can be given to patients with psychiatric disorders.

**Objective :** This study is to determine the effect of focus group discussion therapy controlling depression in patients with suicide risk.

**Methods :** This study uses Quantitative methods with a measurement approach and uses T-test statistical data. Sampling techniques in this study used Purposive Sampling with selection based on Inclusion and Exclusion Criteria. The implementation of the study used a Pre test and Post Test design with a Control group and an Intervention Group.

**Results :** The results showed that Focus Group Discussion Therapy had an effect on Depression Control in patients with Suicide Risk seen from the tcount value greater than the ttable (8.528. > 2.048407) and a significance value <0.05. That means H0 is rejected and Ha is accepted, in other words there is a difference between the behavioral scores of the suicide risk control group and the Intervention group.

**Conclusion :** there is an effect of providing focus group therapy on depression control in patients with suicide risk (RBD).

**Keywords :** *Depression, Sicide, Focus Group Discussion.*

---

<sup>1</sup> Students of Nursing (S1) Study Program and Nurses STIKES Wira Husada Yogyakarta

<sup>2</sup> Lecturer STIKES Wira Husada Yogyakarta

<sup>3</sup> Lecturer STIKES Wira Husada Yogyakarta

## I. Pendahuluan

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia DEPKES RI (2021), gangguan jiwa saat ini telah menjadi masalah kesehatan global bagi setiap negara tidak hanya di Indonesia saja. Gangguan jiwa yang dimaksud tidak hanya gangguan jiwa psikotik/ skizofrenia saja tetapi kecemasan depresi dan penggunaan Narkoba Psikotropika dan Zat adiktif lainnya (NAPZA) juga menjadi masalah gangguan jiwa.

Gangguan jiwa terdiri dari berbagai masalah dengan gejala yang berbeda, mereka umumnya ditandai oleh beberapa kombinasi dari pikiran yang tidak normal, emosi, perilaku dan hubungan dengan orang lain. Contoh gangguan jiwa seperti skizofrenia, depresi, retardasi mental dan gangguan akibat penyalahgunaan narkoba sebagai isu yang perlu mendapatkan perhatian dari dunia (WHO, 2019). Salah satu Negara tertinggi di dunia yang memiliki angka kejadian gangguan jiwa yang relative tinggi adalah indonesia. Di Indonesia mengalami peningkatan jumlah penderita gangguan jiwa cukup banyak diperkirakan prevalensi gangguan berat dengan psikosis/skizofrenia di Indonesia pada tahun 2018 adalah 282.654 orang, Adapun proporsi rumah tangga yang pernah memasung ART gangguan jiwa berat sebesar 1.929 rumah tangga dari terbanyak tinggal di pedesaan 17,7%, sedangkan yang tinggal dipertanian sebanyak 10,7%. Selain itu prevalensi depresi pada penduduk umur lebih dari 15 tahun di Indonesia secara nasional adalah 6.1% (706.689 orang dari subjek yang dianalisis) dan prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk usia lebih dari 15 Tahun di Indonesia secara nasional adalah 9,8% (706.688 orang dari subjek yang dianalisis). Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Jawa Barat (12,1%), Sedangkan yang terendah di Kalimantan Utara (1,2 %). (Riskesdas, 2018)

Depresi merupakan gangguan jiwa yang sering dialami masyarakat, disebabkan tingkat stres tinggi dampak dari tuntutan hidup yang semakin meningkat dan sikap hedonis masyarakat yang tidak memperdulikan nilai-nilai spiritual dalam memburu materi (Lumongga, 2016). Depresi adalah penyakit mental yang ditumpu sebagian besar orang, menjadi faktor individu putus asa,

harga diri rendah, tidak berguna hidup, yang membuat individu menyakiti diri hingga efek terburuk mengakhiri hidup atau bunuh diri (Santoso, 2017). Ketidakberdayaan merupakan salah satu pemicu individu melakukan perilaku bunuh diri (Valentina & Helmi, 2016).

Menurut Asante dkk (2017) menyebutkan bahwa risiko bunuh diri akan semakin meningkat pada jenjang usia yang lebih tinggi. Presentase ide bunuh diri, rencana bunuh diri dan percobaan bunuh diri memiliki persentase tinggi di usia 17 tahun dan 18 tahun ke atas (Oppong Asante, Kugbey, Osafa, Quarshie, & Sarfo, 2017) dalam (Nugraha et al., 2020).

Berdasarkan data yang diperoleh peneliti melalui survey awal pada Senin, 30 Januari 2023 di RSJD Dr.Soejarwadi didapatkan data jumlah pasien gangguan jiwa pada Januari 2022 – Desember 2022 tercatat sebanyak 1.301 pasien, dan tiga bulan terakhir November 2022 - Januari 2023 tercapat sebanyak 990 pasien, dan tiga bulan terakhir yang mengalami resiko bunuh diri berjumlah 26 orang. Dari studi pendahuluan kasus resiko bunuh diri pada pasien gangguan jiwa perlu suatu intervensi yang dapat mencegah atau mengatasi yang bertujuan untuk mengontrol perilaku seseorang agar tidak melakukan hal negative yang dapat melukai dirinya sendiri. Terapi utama yang diberikan kepada pasien gangguan jiwa berupa anti depresan. Berdasarkan kasus ini maka diperlukan intervensi non farmakologi untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan yang lain akibat efek obat yang dikonsumsi dan untuk mengontrol perilaku negative seperti, melukai diri sendiri bahkan perilaku resiko bunuh diri. Sebuah penelitian mengungkapkan resiko bunuh diri dapat diturunkan dengan melibatkan peran keyakinan spiritual atau Terapi kelompok diskusi pada diri individu sehingga tingkat kesehatan mental pun menjadi lebih baik.

Berdasarkan masalah tersebut peneliti tertarik untuk meneliti adanya pengaruh terhadap pemberian tetapi Fokus Group Discussion kontrolling depresi pada pasien dengan Resiko Bunuh Diri di RSJD Dr.Soejarwadi Jawa Tengah. Penelitian ini termasuk jenis penelitian eksperimen dengan menggunakan metode *Quasi Eksperimental*

## II. Bahan dan Metode

Penelitian ini menggunakan desain *quasi eksperimental* dengan pendekatan *pre test-post test with control group design*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan diagnosa Risiko Bunuh Diri yang dirawat di ruang *maintenance* dengan lama rawat 7-21 hari RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Jawa Tengah. Teknik sampling yang digunakan adalah *Purposive Sampling* dengan jumlah sample 30 responden. Kriteria inklusi antara lain Pasien yang memiliki diagnosa Risiko Bunuh Diri yang sebelumnya di *Screening* menggunakan *Beck Depression Inventory* (BDI) dan *Form* Penilaian Risiko Bunuh Diri RSJD Dr. RM. Soedjarwadi (2023)

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan kusioner *Form* Penilaian Risiko Bunuh Diri RSJD Dr. RM. Soedjarwadi. kusioner *Form* Penilaian Risiko Bunuh terdiri dari 7 pertanyaan yang terdiri dari beberapa komponen *suicidal Indention*. Komponen tersebut adalah *active suicidaldeire/suicidal idention*, *Passive suicidaldesire*, *planning suicidal*, *concealment cuicida*. *Form* penilian terdiri dari tiga pilihan bertingkat mengacu pada intensitas seputa Bunuh Diri dan memiliki rentang poin <7 rendah, 7-14 Sedang, >14 Tinggi.

Metode pengumpulan data dengan melakukan *screening* menggunakan *Beck Depression Inventory* (BDI) dan *Form* Penilaian Risiko Bunuh Diri Kepada 59 Pasien di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Jawa Tengah. Pengumpulan data dilakukan dari bulan April 2023 hingga Mei 2023. Hasil didapatkan 30 (50,8%) pasien memiliki Risiko Bunuh Diri. 30 responden tersebut dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol.

FGD diberikan kepada kelompok Intervensi dengan 2 kali pertemuan diawali dengan pemberian Terapi oleh Fasilitator lalu mengisi buku Kerja, Kemudian pada hari kedua dilakukan evaluasi materi FGD dengan Buku Evaluasi.

Analisa data menggunakan analisa Univariat dan Bivariat. Analisa Bivariat dilakukan Uji Beda *Pre test* dan *post test* pada masing- masing kelompok dengan Uji *Paried sample T-test* dan Uji *Independent T-test*.

### III. Hasil

**Tabel 1. Pengujian Karakteristik Jenis Kelamin**

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
Laki – Laki	26	87 %
Perempuan	4	13 %
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Berdasarkan hasil penelitian ini menggunakan responden sebanyak 30 sampel Pasien dimana dari sample yang dipilih apabila dilihat dari segi jenis kelamin secara keseluruhan sampel berjenis kelamin Laki- laki sebanyak 87% dan sisanya Perempuan sebanyak 13%.

**Tabel 2. Pengujian Karakteristik Usia**

Rentang usia	Frekuensi	Persentase
< 30 thn	10	33,3%
31 – 50 thn	13	43,3%
>50 thn	7	23,3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>99,9%</b>

Hasil hasil penelitian menunjukkan sampel yang diambil sebanyak 30 responden ternyata pada segi usia terdapat 3 pengelompokan dan yang paling banyak pada usia 31- 50 tahun sebanyak 43,3 % kemudian yang kurang dari 30 tahun sebanyak 33,3 % serta yang terakhir lebih dari 50 tahun sebanyak 23,3%.

**Tabel 3. Distribusi Keinginan Bunuh diri**

Kejadian Bunuh Diri	Frekuensi	Persentase
Ya	19	63.3%
Tidak	11	36.6%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>99.9%</b>

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan responden sebanyak 30 didapatkan sebanyak 19 orang (63.3%) pernah mengalami kejadian Bunuh Diri dan 11 orang (36.6%) diantaranya belum pernah mengalami atau hanya sekedar



mendengar bisikan dan melalui perkataan. Ini menunjukkan bahwa yang mengalami kejadian Bunuh Diri lebih tinggi di bandingkan yang belum pernah mengalami kejadian bunuh diri.

#### 4. Distribusi data Kategori Depresi

Kategori	sebelum		setelah	
	frekuensi	persentase	frekuensi	Persentase
Ringan	7	23.3%	16	53.3%
Sedang	15	50%	10	33.3%
Berat	8	26.6%	4	13.3%
<b>Total</b>	30	99.9%	30	99.9%

#### Interpretasi Distribusi data Depresi

- 1) Berdasarkan distribusi data depresi sebelum dilakukan intervensi didapatkan sebanyak 15 orang responden (50%) dikategorikan depresi Moderate/Sedang, 7 orang responden (23.3%) dikategorikan depresi Ringan dan 8 orang responden (26.6%) dikategorikan dalam Depresi Berat.
- 2) Berdasarkan distribusi data depresi sebelum dilakukan intervensi didapatkan sebanyak 10 orang responden (33.3%) dikategorikan depresi Moderate/Sedang, 16 orang responden (53.3%) dikategorikan depresi Ringan dan 4 orang responden (13.3%) dikategorikan dalam Depresi Berat, terlihat perbedaan antara pengkategorian sebelum dan setelah dilakukan intervensi.

**Tabel 6. Hasil Uji Paired Sampel t-test pada kelompok Intervensi**

Perilaku responden	Sebelum perlakuan		Setelah perlakuan		Sig.(2-tailed)
	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	persentasi	

<b>Rendah</b>	-	-	8	53.3%	0.000*
<b>Sedang</b>	12	80%	7	46.6%	
<b>Tinggi</b>	3	20%	-	-	
<b>Total</b>	15	100%	15	99.9%	

\* $p < 0.05$  : Nilai Signifikansi

Hasil *paired sample T-test* pada table 4.8 kelompok Intervensi menunjukkan nilai *Mean* hasil dari 9.86 menjadi 4.80 maka terdapat selisih 5.06 hasil *Mean* menunjukkan adanya penurunan nilai mean pada kelompok Intervensi. Dan di dapatkan angka yang signifikan antara nilai *pre* dengan *post-test* dengan nilai signifikansi (2-tailed)  $p = 0.000, < 0.05$  Nol Hipotesis ( $H_0$ ) pada penelitian ini ditolak dan Hipotesis Alternatif ( $H_a$ ) diterima dimana terdapat perbedaan yang mencolok antara kedua test.

**Tabel 7 Hasil Uji Paired Sampel t-test pada kelompok kontrol**

Perilaku responden	Sebelum perlakuan		Setelah perlakuan		Sig.(2-tailed)
	Frekuensi	Persentase	frekuensi	persentasi	
<b>Rendah</b>	-	-	1	6.6%	0.41
<b>Sedang</b>	11	73.3%	13	86.6%	
<b>Tinggi</b>	4	26.6%	1	6.6%	
<b>Total</b>	15	99.9%	15	99.9%	

\* $p < 0.05$  : Nilai Signifikansi

Hasil *paired sample T-test* pada table 4.8 kelompok Intervensi menunjukkan nilai *Mean* hasil dari 9.87 menjadi 9.33 maka terdapat selisih 0.54 hasil mean menunjukkan adanya penurunan nilai *Mean* yang tidak berarti pada kelompok Kontrol. Dan di dapatkan angka yang tidak signifikan antara nilai *pre* dengan *post-test* dengan nilai signifikansi (2-tailed)  $p = 0.41, > 0.05$  Nol Hipotesis ( $H_a$ ) pada penelitian ini ditolak dan Hipotesis Alternatif ( $H_0$ ) diterima dimana tidak terdapat perbedaan yang mencolok antara kedua test.

**Tabel 8 Uji *Independent Sample T-Test* pada kelompok kontrol dan eksperimen**

<b>kelas</b>	<b>Mean</b>	<b>t<sub>hitung</sub></b>	<b>t<sub>tabel</sub></b>	<b>p</b>
Intervensi	4.80	8.528	2.048	0.000*
Kontrol	9.97			

\* $p < 0.05$  : Nilai Signifikansi

Ringkasan uji *t post-test* diketahui rata-rata hasil pengkajian Risiko Bunuh Diri kelompok Kontrol sebesar 9.97 dan rata-rata hasil pengkajian Risiko Bunuh Diri kelompok Intervensi sebesar 4.80 sehingga dapat diimpulsi bahwa rata-rata hasil pengkajian Risiko Bunuh Diri kelompok kontrol 5.17 lebih besar dibandingkan dengan kelompok intervensi dari data tersebut menggambarkan bahwa nilai hasil pengkajian Risiko Bunuh Diri kelompok Intervensi jauh lebih kecil dibandingkan kelompok Kontrol. Dari tabel tersebut diketahui t hitung sebesar 8.528 dengan signifikansi 0,000. Didapatkan t tabel dari db 14 pada taraf signifikansi 5% adalah 2.048. Jadi nilai t hitung > t tabel ( $8.528 > 2.048$ ) dan nilai signifikansinya kurang dari 0,05 ( $p = 0,000 < 0,05$ ). Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan skor hasil pengkajian Risiko Bunuh Diri secara signifikan pada kelompok Intervensi dan kelompok kontrol.

#### **IV. Pembahasan**

##### **1. Karakteristik Responden**

###### **1) Jenis Kelamin**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin. Jenis kelamin laki-laki memperoleh jumlah tertinggi dibandingkan responden yang berjenis kelamin perempuan. Hal ini sebabkan keadaan yang ada dilokasi Penelitian dimana Ruang perawatan laki- laki lebih banyak dibandingkan ruang rawat perempuan dan pengambilan sample kelompok intervensi dilakukan di ruang perawatan tenang Psikiatri Laki-laki.

Namun apabila ditinjau dari jenis kelamin, laki-laki menunjukkan peluang melakukan bunuh diri (*commit suicide*) empat kali lebih banyak dari perempuan. Tetapi peluang bagi perempuan untuk melakukan percobaan bunuh diri (*attempt suicede*) empat kali lebih banyak dari pada

laki-laki (steinberg, 1999) dalam (Gamayanti 2018). Hasil ini berbanding terbalik dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Aulia (2014) sikap yang menggambarkan ide bunuh diri pada perempuan lebih terlihat. laki-laki cenderung untuk mengekspresikan masalah emosional dalam bentuk agresivitas yang merupakan bentuk dari perilaku mencederai diri secara tidak langsung dan perilaku antisosial lainnya sementara perempuan cenderung menginternalisasi masalah dan menjadi depresi yang berujung pada perilaku bunuh diri.

Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi dan Undarwati (2014) di Semarang menjelaskan bahwa responden jenis kelamin perempuan lebih mendominasi yaitu 267 responden (60,41 %) dari 442 responden remaja. Hasil penelitian Aulia (2016) di Rengat didapatkan hasil kelompok jenis kelamin perempuan lebih banyak yaitu sebesar 218 responden (59,7%). Kemudian penelitian yang dilakukan oleh Rahmayanti dan Rahmawati (2018) menjelaskan karakteristik responden sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu sebesar 56,2%. Maka dari beberapa hasil penjelasan dari penelitian terkait karakteristik responden perempuan lebih mendominasi daripada laki-laki.

Dalam penelitian berdasarkan fakta lapangan bahwa laki-laki lebih cenderung melampiaskan emosi ke hal – hal yang menyakiti diri, cenderung mencari jalan pintas saat memiliki masalah dan sering mengalami depresi dikarenakan beberapa Faktor antara lain, Faktor Ekonomi, Masalah percintaan, Faktor Pola dalam keluarga dan merasa tanggung jawab yang besar sebagai Kepala Keluarga. Kekurangan 5-HT dan metabolitnya, 5-HIAA dan peningkatan di salah satu reseptor postsinaptik 5-HT (5-HT<sub>2A</sub>) juga berpengaruh pada perilaku bunuh diri, Kombinasi pada sikap agresif dan perasaan putus asa terkait dengan defisiensi 5-HT dan lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan wanita. Hal ini menjadi salah satu alasan mengapa laki-laki lebih sering bunuh diri daripada wanita, walaupun wanita memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi.

Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian Ruenda (2017) yang mengatakan bahwa masyarakat Indonesia menganut sistem patriarki meletakkan laki-laki pada posisi dan kekuasaan yang dominan dibandingkan perempuan, sehingga budaya patriarki memberatkan laki-laki dengan beban dan tanggung jawab yang lebih besar dibandingkan perempuan.

## **2) Usia**

Hasil penelitian pada responden sejumlah 30 orang responden dengan risiko bunuh diri di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa tengah Kab. Klaten berdasarkan hasil distribusi frekuensi menunjukkan bahwa responden yang berusia <30 tahun sebanyak 10 orang (33.3%), responden yang berusia 31-50 tahun sebanyak 13 orang (43.3%) dan responden yang berusia > 50 tahun sebanyak 7 orang (23.3%). Dari data tersebut diketahui bahwa sebagian besar responden berusia 31-50 tahun sebanyak 13 orang (43.3%).

Usia masa produktif biasanya mempunyai tingkat produktivitas lebih tinggi dibandingkan dengan tenaga kerja yang sudah berusia tua sehingga fisik yang dimiliki menjadi lemah dan terbatas (Aprilyanti, 2017).

Menurut Eka (2015) kejadian Prilaku Bunuh diri sering kali terjadi pada usia produktif dikarenakan Masalah mental yang dialami orang dengan usia produktif. Hal ini diduga orang dengan usia produktif sudah memiliki tanggung jawab yang sangat besar baik terhadap diri sendiri, keluarga, dan pekerjaan. Fokus pikiran pada usia produktif tentunya berbeda dengan fokus pikiran orang di usia non-produktif. Orang pada usia produktif akan lebih memfokuskan pada pengembangan diri, bekerja dan memiliki penghasilan, dan sebagainya. Fokus-fokus tersebut tentunya menguras tenaga yang dapat mengakibatkan lelah baik dari segi fisik maupun lelah dari segi mental, hal ini lah yang menyebabkan rawannya terjadi gangguan kesehatan mental pada usia produktif.

Menurut Aprilyanti, (2017) Pada usia produktif lebih banyak mengalami masalah kesehatan jiwa. Terdapat 1 dari 4 orang dewasa akan mengalami masalah kesehatan jiwa pada satu waktu dalam hidupnya.

Umumnya gangguan mental yang sering terjadi pada orang dewasa adalah gangguan mental emosional dengan gejala kecemasan dan depresi, angka tertinggi didapatkan pada kelompok umur 20–24 tahun, 35–39 tahun dan 40–44 tahun.

Peneliti meyakini bahwa usia Produktif merupakan tahapan dengan tingkat tekanan yang lebih tinggi. Selama penelitian rata-rata responden mengatakan penyebab terjadinya perilaku Risiko Bunuh Diri (RBD) karena adanya tekanan dari lingkungan, keluarga dan permasalahan ekonomi atau ditinggalkan pasangannya. Karena gagalnya usaha dalam mengatasi permasalahan tersebut sehingga memunculkan rencana perilaku Bunuh Diri (*suicidal Gesture*) dimana jika tidak diberi perhatian khusus dapat berkembang menjadi percobaan bunuh diri (*Suicidal Attempt*) bahkan hingga Bunuh Diri (*Completed Suicidal*).

### **3) Risiko Bunuh Diri (RBD)**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi frekuensi responden berdasarkan kejadian bunuh diri sebagian besar pernah mengalami kejadian bunuh diri 19 orang (63.3%) sedangkan 11 orang (36.6%) diantaranya belum pernah mengalami atau hanya sekedar mendengar bisikan dan mengungkapkan ide melalui perkataan (*Suicide Verbal*). Hal ini menunjukkan bahwa angka kejadian yang mengalami kejadian Bunuh Diri lebih tinggi di bandingkan yang belum pernah mengalami kejadian bunuh diri.

Menurut Peneliti Risiko bunuh diri merupakan perilaku yang dapat menghilangkan nyawa seseorang dengan cara melakukan hal-hal negative seperti melukai diri sendiri bahkan ingin melakukan percobaan bunuh diri. Tience dan Avin (2016) menyatakan bahwa ide bunuh diri mengacu pada pikiran-pikiran tentang menyakiti atau membunuh diri sendiri. Percobaan bunuh diri suatu tindakan yang fatal yang dilakukan dengan menyakiti diri sendiri dengan maksud untuk kematian.

Bunuh diri adalah tindakan agresif yang merusak diri sendiri dan dapat mengakhiri kehidupan. Bunuh diri menurut Gail W. Stuart dalam

buku “Keperawatan Jiwa” dinyatakan sebagai suatu aktivitas yang jika tidak dicegah, dimana aktivitas ini dapat mengarah kepada kematian (Stuart, 2023)

Menurut Maris, Berman bunuh diri memiliki 4 pengertian yaitu, Bunuh diri adalah membunuh diri sendiri secara intensional, bunuh diri dilakukan dengan intensi, bunuh diri dilakukan oleh diri sendiri kepada diri sendiri, Bunuh diri bisa terjadi secara tidak langsung (Aktif) atau tidak langsung (Pasif), misalnya dengan tidak meminum obat yang menentukan kelangsungan hidup atau secara sengaja.

Menurut shives (2018) mengemukakan rentang harapan putus harapan merupakan rentang adaptif *maladaptif*. Respon adaptif merupakan respon yang dapat diterima oleh norma- norma sosial dan kebudayaan yang secara umum berlaku, sedangkan respon *maladaptif* merupakan respon yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah yang kurang dapat diterima oleh norma- norma sosial dan budaya setempat.

Menurut peneliti Risiko Bunuh diri (RBD) yang dialami Pasien di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Jawa Tengah dikarenakan responden Kurangnya *solving problem*, Kehilangan Harapan Hidup, Depresi akan Hidup, sebagian responden merasa kecewa terhadap diri sendiri sehingga merasa tidak layak untuk hidup atau merasa hidup tidak berguna, sebagian responden merasa bahwa perilaku bunuh diri sebagai upaya yang dilakukan untuk hidup abadi.

Pengaruh dukungan keluarga, pengetahuan, pemahaman dan pemberian terapi seperti TAK/FGD yang dimiliki atau diberikan kepada responden terkait perilaku Bunuh Diri (RBD) dapat membantu menurunkan keputusan yang menimbulkan maksud atau rencana Perilaku Bunuh diri (RBD) dan meningkatkan cara pandang responden terhadap kehidupannya. Pada penelitian ini didapatkan sebagian besar responden dapat kategorikan Risiko Bunuh diri yang Moderate/Sedang yang dibuktikan dengan hasil nilai Pengkajian Risiko Bunuh Diri yang dilakukan post Test dan dievaluasi setelah satu jam setelahnya.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Nugraha *at.al* (2020) juga menyatakan bahwa pemberian terapi seperti FGD/TAK efektif dapat menurunkan atau mengontrol Risiko perilaku Bunuh diri (RBD) dengan prinsip membagi pengalaman atau perilaku yang pernah dilakukan atau dialami oleh responden dengan tingkat keberhasilan yang cukup tinggi.

#### **4) Sebelum dilakukan Fokus Group Discussion (FGD)**

Sebelum dilakukan terapi *focus group discussion* terhadap perilaku risiko bunuh diri pada responden dengan Risiko Bunuh Diri (RBD), responden dengan kegetori sedang 12 (80%) dan 3 responden (20%) termasuk dalam kategori Tinggi. Dimana berdasarkan item dalam pengakajian Risiko Bunuh Diri (RBD) ini ditunjukkan nilai tertinggi pada item mengungkapkan ide bunuh diri dan Mengungkapkan stres yang berat.

Jawaban dari responden berdasarkan hasil Pengkajian Awal Risiko Bunuh Diri ini terdapat risiko bunuh diri yang tinggi hal ini di sebabkan *problem solving* dalam menghadapi masalah yang sangat kurang. Pernyataan tersebut diperkuat dengan hasil wawancara, yaitu :

a) Mengidentifikasi Definisi Prilaku Bunuh diri

Dari 15 responden yang diberikan intervensi 3 (20%) diantaranya sudah mampu mendefinisikan Prilaku Bunuh Diri “, sementara 12 (80%) lainnya masih belum mampu untuk mendefinikan Prilaku Risiko Bunuh Diri.

b) Mengidentifikasi penyebab prilaku Bunuh Diri

Dalam mengidentifkasi penyebab Bunuh Dri dari 15 responden hanya ada 3 (20%) diantaranya yang mampu mengungkapkan apa saja penyebab dari prilaku bunuh diri sementara 12 (80%) lainnya masih belum mampu untuk menyebutkan penyebab prilaku bunuh diri”

c) Mengidentifikasi Tanda dan gejala Prilaku Bunuh Diri

Dalam mengidentifkasi penyebab Bunuh Dri dari 15 responden seluruhnya masih belum mampu untuk menyebutkan penyebab prilaku bunuh diri”



#### d) Mengidentifikasi Akibat Perilaku Bunuh Diri

Dalam mengidentifikasi penyebab Bunuh Diri dari 15 responden hanya ada 5 (33.3%) diantaranya yang mampu mengungkapkan apa saja Akibat dari perilaku bunuh diri sementara 10 (66.6%) lainnya masih belum mampu untuk menyebutkan Akibat dari perilaku bunuh diri”

Risiko bunuh diri dapat diartikan sebagai risiko individu untuk menyakitidiri sendiri, mencederai diri, serta mengancam jiwa. Perilaku bunuh diri disebabkan karena stres yang tinggi dan berkepanjangan dimana individu gagal dalam melakukan mekanisme koping yang digunakan dalam mengatasi masalah (Nanda, 2012).

Menurut Sutejo (2017) Etiologi dari risiko bunuh diri meliputi : faktor genetik, faktor biologis, faktor psikososial dan lingkungan, dan stressor lingkungan Faktor genetik mempengaruhi terjadinya risiko bunuh diri pada keturunannya. Faktor biologis ini biasanya berhubungan dengan keadaan-keadaan tertentu, seperti adanya penyakit kronis atau kondisi medis tertentu. Faktor psikososial dan lingkungan berdasarkan teori psikoanalitik atau 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. Faktor stressor lingkungan yaitu kehilangan anggota keluarga, penipuan, kurangnya sistem dukungan sosial.

#### **5) Setelah diberikan focus *Group Discussion***

Setelah dilakukan Intervensi *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap perilaku risiko bunuh diri pada responden dengan risiko bunuh diri, responden yang mendapat kategori rendah 8 (53.3%) responden, responden yang mendapat kategori sedang 7 (46.6%) responden.

Jawaban dari responden berdasarkan hasil Pengkajian *post intervensi* Risiko Bunuh Diri ini terdapat risiko bunuh diri yang cukup menurut dari pengkajian awal Risiko Bunuh Diri. Pernyataan tersebut diperkuat dengan hasil dari buku kerja yang isi oleh responden, yaitu :

a) Mengidentifikasi Definisi Prilaku Bunuh diri

Setelah diberikan Intervensi responden dapat mendefinisikan bunuh diri dengan baik, dari 15 responden mendefinisikan Prilaku sebagai berikut :

- Responden 1 : “Bunuh diri ialah suatu keputusan dan jauh dari kebahagiaan”
- Responden 2 : “Bunuh Diri adalah mati yang tidak sempurna/Brutal”
- Responden 3 : “Bunuh diri merupakan ajakan mahluk halus”
- Responden 4 : “Bunuh diri tindakan untuk mengakhiri hidup”
- Responden 5 : “Bunuh diri adalah mati yang disengaja”
- Responden 6 : “Bunuh diri merupakan prilaku untuk melampiskan kekesalan dan menyudahi masalah”
- Responden 7 : “Bunuh diri yang disebabkan depresi, mengkonsumsi obat-obat terlarang”
- Responden 8 : “Bunuh diri merupakan mati yang tidak wajar”
- Responden 9 : “ Bunuh dirimerupakan prilaku untuk mengakhir hidup dan bosan menjalani hidup”
- Responden 10 : “Bunuh diri merupakn prilaku keputusan dari masalah yang tidak ada jalan keluar”
- Responden 11 : “Bunuh diri merupakan prilaku mati yang disengaja”
- Responden 12 : “Bunuh Diri merupakan prilaku menghilangkan nyawa diri sendiri sadar maupun tidak sadar”
- Responden 13 : “Bunuh Diri prilaku yang disebabkan pengaruh depresi ataupun prilaku tidak wajar”
- Responden 14 : “Bunuh diri merupakan suatu tindakan untuk hidup yang abadi”
- Responden 15 : “ Bunuh diri untuk menyelesaikan masalah”

Dari pernyataan 15 responden peneliti dapat menyimpulkan bahwa Definisi Bunuh Diri merupakan suatu tindakan yang dilakukan oleh seseorang untuk mengakhiri hidup atau sebagai salah satu cara menyelesaikan permasalahan dengan cepat.

b) Mengidentifikasi penyebab perilaku Bunuh Diri

Dalam mengidentifikasi penyebab Bunuh Diri dari 15 responden dapat mengungkapkan apa saja penyebab dari Perilaku Bunuh diri yang pernah dilakukan :

- Responden 1 : “karena merasa putus asa, Kurang mendapat perhatian dari keluarga dan orang sekitar”
- Responden 2 : “Tidak dapat membayar hutang piutang yang dimiliki”
- Responden 3 : “kesulitan ekonomi sehingga kebutuhan sehari-hati tidak terpenuhi”
- Responden 4 : “kesulitan menghadapi anak yang sulit diatur”
- Responden 5 : “merasa rendah diri, tidak memiliki teman dan terbully oleh lingkungan”
- Responden 6 : “masalah yang tidak dapat terselesaikan”
- Responden 7 : “kurang mendapat perhatian dari orang tua dan ketergantungan terhadap narkoba”
- Responden 8 : “lelah dengan permasalahan yang tidak kunjung usai”
- Responden 9 : “mendengarkan bisikan- bisikan untuk bunuh diri”
- Responden 10 : “stress berat dan banyak pikiran yang membuat putus asa”
- Responden 11 : “ditinggalkan oleh istri dan merasa hidup sendiri”

- Responden 12 : “pikiran yang kacau karna ditinggalkan oleh pasangan”
- Responden 13 : “merasa putus asa dan depresi karena di bully oleh teman”
- Responden 14 : “karena kecewa terhadap diri sendiri”
- Responden 15 : “lelah menghadapi masalah dan ingin hidup kekal”

c) Mengidentifikasi Tanda dan gejala Prilaku Bunuh Diri

Dalam mengidentifikasi Tanda dan Gejala prilaku bunuh diri dari 15 responden mengatakan :

- Responden 1 : “terlihat murung – banyak pikiran – melamun”
- Responden 2 : “mendengar suara-suara yang sangat kuat meminta bunuh diri”
- Responden 3 : “merasa sedih berlebihan dan murung”
- Responden 4 : “murung – memendam permasalahan sendiri”
- Responden 5 : “merencanakan dan memikirkan cara bunuh diri, meyiapkan alat dan tempat”
- Responden 6 : “menggurung diri sendiri, merasa sedih terus menerus”
- Responden 7 : “merasa gelisah dan sulit untuk tidur”
- Responden 8 : “merasa stress “
- Responden 9 : “memikirkan cara untuk bunuh diri”
- Responden 10 : “menyendiri – memiliki banya tekanan”
- Responden 11 : “sering melamun, tidak beraktifitas , memikirkan untuk segera mati”
- Responden 12 : “tidak bisa tidur selama 3 hari dan mulai berhalusinasi semua kejadian (Spontan)”
- Responden 13 : “merasa depresi”
- Responden 14 : “menyalahkan diri sendiri, merasa tidak layak”

Responden 15 : “tidak peduli dengan lingkungan, ingin segera mati”

d) Mengidentifikasi Akibat Prilaku Bunuh Diri

Dalam mengidentifikasi Akibat dari Prilaku Bunuh Diri responden mampu untuk menuliskan apa akibat dari Prilaku Bunuh Diri :

Responden 1 : “masuk neraka dan merugikan keluarga”

Responden 2 : “mencelakai diri sendiri dan merugikan keluarga”

Responden 3 : “menyakiti diri sendiri”

Responden 4 : “menyakiti diri sendiri”

Responden 5 : “merasa malu melakukan tindakan yang dilarang agama”

Responden 6 : “merusak diri sendiri”

Responden 7 : “merusak dan merugikan diri sendiri, hanya mendapat rasa sakit”

Responden 8 : “merugikan diri sendiri dan hanya melukai badan”

Responden 9 : “prilaku tidak dibenarkan agama hanya dapat merugikan diri sendiri”

Responden 10 : “menyusahkan banya oran dan merugikan diri sendiri”

Responden 11 : “merusak badan dan malu terhadap keluarga”

Responden 12 : “merugikan diri sendiri, menyusahkan orang tua, mempermalukan nama baik keluarga dan berkesan tidak berpendidikan”

Responden 13 : “masuk neraka dan merugikan keluarga”

Responden 14 : “kehilangan nyawa dan menyakit diri”

Responden 15 : “hanya kepuasan sesaat dan menyebabkan hilangan banyak hal”

Dari hasil pernyataan responden maka peneliti dapat menyimpulkan bahwa responden sudah mampu mengetahui akibat dari perilaku Bunuh Diri.

Berdasarkan item pengkajian risiko bunuh diri item mengungkapkan ide bunuh diri dan Mengungkapkan stres yang berat, setelah dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD) pada responden menurun dan tidak mengungkapkan ide bunuh diri dan mengungkapkan stress berat.

*Fokus Group Discussion* (FGD) dalam penelitian digunakan untuk mengontrol Depresi agar tidak menimbulkan Risiko Bunuh Diri (RBD) penerapan Pendekatan *Focus Group Discussion* (FGD), responden diberikan peluang untuk menuliskan dan menceritakan pengalaman yang pernah dilakukan atau dilalui responden terkait dengan Prilaku Risiko Bunuh Diri (RBD).

Hal ini sejalan dengan Penelitian yang dilakukan oleh Nugraha yang berpendapat bahwa Pendekatan terapi *Focus Group Discussion* (FGD) lebih menekankan pada keterlibatan Responden dalam proses berjalannya terapi *Focus Group Discussion* (FGD). Responden dapat memperoleh kebebasan langsung dalam menceritakan pengalaman dan pengetahuan responden mengenai Risiko Bunuh Diri (RBD) dan terlibat untuk dapat menemukan sendiri berbagai pengetahuan yang dipelajarinya. Melalui pengalaman langsung, responden akan memahami konsep-konsep yang mereka pelajari dan menghubungkannya dengan konsep lain yang dipahaminya.

Pada tahap ini, responden dilatih untuk terbiasa menganalisis pengetahuan berdasarkan bukti sehingga responden memahami sendiri apa yang mereka pelajari dari cerita dan pengalaman. Responden juga dituntut untuk belajar auditori dengan mencari solusi permasalahan yang terdapat dalam perilaku Risiko Bunuh Diri (RBD) pembelajaran melalui diskusi, bertanya dan mengungkapkan argumennya. Selanjutnya responden dilatih untuk memikirkan kembali konsep yang dipelajari dengan memanfaatkan

intelektualnya dalam memecahkan sebuah permasalahan. Pendekatan terapi *Focus Group Discussion* (FGD) memberi kesempatan responden untuk berinteraksi dengan anggota kelompoknya. Berinteraksi dengan kelompok lain akan melatih responden untuk bersikap terbuka terhadap informasi, pernyataan, dan pengalaman orang lain sehingga akan membantu menemukan cara mengatasi permasalahan dengan cara yang lebih positif.

**6) Pengaruh pemberian Terapi Focus Group Discussion pada pasien dengan Resiko Bunuh diri (RBD) di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Jawa Tengah 2023.**

Hasil analisa dari total 15 Responden Kelompok Intervensi yang diberikan terapi *Focus Group Discussion* (FGD) dengan durasi 30 Menit dengan frekuensi 2 kali pertemuan yang dibagi 1 kali terapi *Focus Group Discussion* (FGD) dan 1 kali evaluasi kembali *Focus Group Discussion* (FGD) didapatkan 13 responden yang memiliki *score* turun dari resiko sedang > rendah dan 2 lainnya mengalami penurunan *score* namun tetap dalam Kualifikasi Sedang/*Moderate* sedangkan pada kelompok kontrol 13 diantaranya mengalami penurunan yang tidak signifikan dan 2 lainnya tidak mengalami penurunan *score* Resiko Bunuh Diri (RBD). Kelompok Intervensi memiliki nilai rata-rata lebih tinggi dari pada kelompok Kontrol. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Nugraha yang menyatakan bahwa adanya ada pengaruh *Focus Group Discussion* (FGD) tentang pencegahan risiko bunuh diri terhadap perilaku risiko bunuh diri pada remaja berisiko.

Adanya perbedaan tersebut disebabkan karena adanya perbedaan perlakuan pada kedua kelompok. Pada kelompok Intervensi mendapat perlakuan terapi *Focus Group Discussion* (FGD) sedangkan kelompok kontrol hanya dilakukan pengkajian Resiko Bunuh Diri (RBD) dan dilakukan pengkajian pre test satu jam setelahnya. Perlakuan diberikan selama 30 menit dengan dengan 2 x pertemuan pre dan post. Perlu ditekankan juga bahwa sample dari kedua kelompok

memiliki Kriteria yang sama. hal itu di *Justifikasi* dengan BDI dan Pengkajian Resiko Bunuh Diri (RBD) yang dilakukan sebelum diberikan perlakuan dan setelahnya.

Perbedaan juga dapat dilihat dengan adanya perubahan emosi serta tanda dan gejala dari Risiko bunuh diri yang berbeda dari dua kelompok, pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi *Focus Group Discussion* memiliki tanda gejala seperti memperlihatkan Keputusan, mengungkapkan celaan terhadap diri sendiri, perasaan gagal, tidak berharga dan menarik diri dari lingkungan sosial sedangkan setelah diberikan Intervensi pada kelompok terjadi perubahan yang cukup signifikan seperti tidak lagi memperlihatkan keputusan, mengungkapkan celaan terhadap diri sendiri bahkan sudah dapat berinteraksi dengan lingkungan.

Dalam hal ini tingkat neuro transmitter serotonin di otak (5-HT) juga ikut berpengaruh dalam penurunan tingkat risiko bunuh diri pasien, penelitian menunjukkan bahwa 5 – HT harus seimbang untuk memfasilitasi respon emosional yang adaptif. Kesimbangan ini bisa didapatkan salah satu nya cara berinteraksi dengan orang terdekat atau orang dengan orang latar belakang masalah yang sama (Stuart, 2023).

Dalam proses pemberian terapi *focus group discusion* (FGD) penelitian ini responden diberikan kebebasan untuk berpendapat, mengungkapkan perasaannya dan bertukar pengalaman atau pengetahuan dengan responden lain karena adanya proses bertukar pikir orang yang memiliki latar belakang permasalahan yang sama sehingga meningkatkan efektivitas emosioal pasien sehingga otak juga mencoba untuk mengatur atau menyeimbangkan kadar neutotrasnmitter (5-HT) yang ada di otak.Sama hal nya dengan kelompok Intervensi, kelompok kontrol juga mengalami perubahan dalam emosi serta tanda dan gejala Risiko bunuh diri yang diungkapkan hanya saja tidak terjadi perubahan yang signifikan bagi kelompok kontrol. Dengan pengambilan sample yang memiliki kemampuan setara tersebut, maka jika ada penurunan



*Skore* yang menunjukkan penurunan dalam Risiko perilaku Bunuh diri pada kelompok Intervensi ini dikarenakan ada perbedaan perlakuan yang diberikan.

Penelitian ini didukung pendapat (Shilubane et al., 2014) yang menyebutkan bahwa Terapi menggunakan diskusi kelompok terfokus untuk mendapatkan pemikiran, perasaan dan menyelidiki pengalaman, efektif dalam mengontrol Ide dan pikiran dalam melakukan Perilaku Bunuh diri. Sebanding dengan penelitian (Johnson et al., 2019) tentang Faktor Mediasi Bunuh Diri Terapi kelompok yang terfokuskan untuk veteran yang baru saja dipulangkan dari Rawat Inap Psikiatri, didapatkan hasil penelitian menunjukkan penurunan yang signifikan terkait dengan berkurangnya keinginan untuk bunuh diri.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian Terapi *Focus Group Discussion* (FGD) berpengaruh dalam menurunkan tingkat Depresi dan Resiko Bunuh Diri.

#### **7) Keterkaitan Terapi Focus Group Discussion dengan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Risiko Bunuh Diri**

Dalam aspek proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, analisa data, perumusan masalah, rencana tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan catatan perkembangan yang berkaitan dengan risiko bunuh diri. Klien dengan risiko bunuh diri ini diharapkan mendapatkan bantuan dan perawatan yang intensif, karena risiko bunuh diri ini merupakan salah satu kedaruratan psikiatri. Menurut Trent (2013) kedaruratan psikiatri merupakan gangguan yang sifatnya akut, baik pada perilaku, pikiran, atau hubungan sosial yang membutuhkan intervensi.

Pemberian Intervensi tambahan sebagai upaya mengevaluasi dan mengoptimalkan terapi keperawatan Ners (Generalis) yang diberikan kepada pasien dengan Risiko Bunuh Diri membantu menekan angka Risiko Bunuh Diri pada tiap responden.

Dalam penelitian ini focus group discussion (FGD) diberikan sebagai terapi tambahan untuk mengevaluasi dan mengoptimalkan terapi keperawatan Ners (Generalis) diberikan kepada pasien dengan Risiko Bunuh Diri dengan konsep melatih koping pasien seperti mengidentifikasi pengalaman yang tidak menyenangkan dan menimbulkan pikiran otomatis negatif, melawan pikiran otomatis negatif, memanfaatkan sistem pendukung serta mengevaluasi manfaat melawan pikiran negatif. Hal ini sama seperti terapi generalis yang diberikan kepada pasien hanya saja pada terapi generalis berfokus pada satu pasien saja sedangkan terapi Focus Group Discussion (FGD) diberikan secara berkelompok dengan pasien yang memiliki latar belakang permasalahan yang sama.

#### **8) Keterbatasan**

Sebagaimana lazimnya suatu penelitian, maka penelitian ini juga tidak terlepas dari keterbatasan. Beberapa keterbatasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Dalam penelitian yang dilakukan, peneliti tidak bisa memberikan Intervensi *Focus Group Discussion* (FGD) secara langsung sehingga membutuhkan Fasilitator.
- b. Ketidakmampuan asisten peneliti untuk melakukan komunikasi dan memahami perasaan Responden
- c. Terbatasnya waktu untuk berkomunikasi dan proses memahami perasaan Responden oleh peneliti.
- d. Penelitian ini hanya menguji pengungkapan adanya pengaruh pemberian terapi *focus Group Discussion* (FGD) pada pasien dengan Resiko Bunuh Diri (RBD). Dimana jika yang dapat dikaji secara utuh banyak komponen lain yang bisa didapatkan.

## V. **Simpulan dan Saran.**

### 1) **Kesimpulan**

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan data, penulis memperoleh kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian mengenai pengaruh pemberian terapi focus group discussion controlling depresi pada pasien dengan resiko bunuh diri sebagai berikut :

1. Hasil uji statistik t menunjukkan  $t_{hitung} > t_{tabel}$  dengan nilai signifikansi 0.000 maka pemberian terapi fokus grup diskusi berpengaruh dalam mengontrol depresi pada pasien dengan resiko bunuh diri.
2. Hasil pengujian hipotesis menunjukkan bahwa Fokus group diskusi memiliki nilai yang signifikan dengan penurunan nilai Resiko Bunuh diri. Hal ini dikarenakan adanya proses bertukar pengalaman dan arahan dalam fokus grup diskusi yang diterima dan dilakukan oleh responden.

### 2) **Saran**

Adapun manfaat yang diharapkan dari hasil penelitian ini diantara lain adalah :

1. Bagi pembaca, hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan pengetahuan terkait dengan adanya pengaruh pemberian terapi Focus Group Discussion (FGD) terhadap controlling depresi pada pasien dengan Resiko Bunuh diri..
2. Bagi RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Kaltén, sebagai acuan dalam pengambilan kebijakan di masa yang akan datang dalam upaya mengontrol depresi pada pasien dengan Resiko Bunuh Diri (RBD).
3. Bagi STIKES Wira Husada Yogyakarta diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sumber referensi di perpustakaan maupun Publikasi E-puspus STIKES Wira Husada dalam rangka menambah informasi mengenai pengaruh pemberian terapi *focus group discussion controlling depression* pada pasien dengan resiko bunuh diri.
4. Bagi peneliti selanjutnya khususnya yang berminat untuk mengetahui lebih jauh tentang efektivitas Focus Group Discussion (FGD) terhadap

kontrolling depresi pada pasien dengan Resiko Bunuh diri (melakukan penelitian) maka perlu modifikasi variabel-variabel independen baik menambah variabel atau menambah time series datanya. Sehingga akan lebih objektif dan bervariasi dalam melakukan penelitian.

5. Bagi Pasien dengan Diagnosa Resiko Bunuh Diri hasil penelitian yang menggunakan terapi *focus group discussion* dapat dipertimbangkan dan digunakan sebagai intervensi pada pasien dan diharapkan mampu menurunkan resiko bunuh diri pada pasien.

## DATAR PUSTAKA

- Aulia, N., Yulastri, Y., & Sasmita, H. (2019). Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja. *Jurnal Keperawatan*, 11(4), 307–314. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v11i4.534>
- Alfiyanti, Y. (2018). Focus Group Discussion (Diskusi Kelompok Terfokus) sebagai Metode pengumpulan Data Penelitian Kualitatif. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(1), 58–62.
- Astridina, L. (2020). Pengaruh Edukasi Menggunakan Metode Focus Group Discussion Terhadap Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Preeklampsia. In Skripsi.
- Astridya Paramita, & Lusi Kristiana. (2013). Teknik Focus Group Discussion Dalam Penelitian Kualitatif (Focus Group Discussion Tehnique in Qualitative Research). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16(2), 117–127.
- Azwar. (2014). *Metode Penelitian*. Pustaka Pelajar.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Cv.Trans Info Media.
- Purwana, E. R., & Masadah, M. (2019). Efektifitas Metode Pembelajaran Focus Group Discussion (FGD) Dalam Meningkatkan Prestasi Belajar Pada Materi Keperawatan Jiwa Pada Mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekes Kemenkes Mataram Tahun 2018. *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 1(1), 16. <https://doi.org/10.32807/jkt.v1i1.19>
- Stuart, G. W. (2023). prinsip dan praktik KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA STUART ( budi anna Keliat (ed.); 2nd ed.). hooi ping chee.
- Brown GK, Steer RA, Henriques GR, Beck AT, The Internal Stuggle Between the Wish to Die and The Wish to Live: A Risk Factor for Suicide, *Am J Psychiatry* 2015; 162:1977-1979
- Caroline W, Pencegahan Bunuh Diri pada Skizofrenia dalam Jiwa, *Majalah Psikiatri XXXIX*, 2006 Juli;79-88.

- Chakravarthy B et al, Depression, Suicidal Ideation, and Suicidal Attempt Presenting to the Emergency Department: Differences Between These Cohorts, <http://escholarship.org/uc/uciem-westtjem>, California, 2014, Vol XV, No 2.
- Dirgayunita, A. (2020). Depresi : Ciri , Penyebab dan Penangannya, 1–14
- Donald M, Dower J, Velez IC, Jones M, Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison on hospital-based with population-based samples of young adult, Australian and New Journal of Psychiatry 2016; 40:87- 96.
- Educational Psychology Service Section. (2017). An eBook on Student Suicide for Schools : Early Detection , Intervention & Postvention ( EDIP ). Bureau: Educational Psychology Service Section Special Education Division.
- Guo, L., Xu, Y., Huang, G., Gao, X., Deng, X., Luo, M., Xi, C., & Zhang, W. H. (2019). Association between body weight status and suicidal ideation among Chinese adolescents : the moderating role of the child ' s sex. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(7), 823–833. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01661-6>
- Guo, M., & Zhu, T. (2019). Research on Social Media User Suicide Influencing Factors, Active Recognition and Intervention. In *Lecture Notes in Computer Science (including subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)*: Vol. 11354 LNCS. Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-15127-0\\_38](https://doi.org/10.1007/978-3-030-15127-0_38)
- Johnson, L. L., O'Connor, S. S., Kaminer, B., Gutierrez, P. M., Carney, E., Groh, B., & Jobes, D. A. (2019). Evaluation of Structured Assessment and Mediating Factors of Suicide-Focused Group Therapy for Veterans Recently Discharged from Inpatient Psychiatry. *Archives of Suicide Research*, 23(1), 15–33. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1402722>

- Katarina DP et al, Influence of Psycho-social Factors on the Emergence of Depression and Suicidal Risk in Patients with Schizophrenia, *Psychiatria Danubina*, Serbia, 2014, Vol 26 No 3, 226-230.
- Keliat, Akemat, Helena, N., & Nurhaeni, H. (2011). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (D. Yulianti & M. Ester (eds.)). Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B., Akemat., Helena, N., & Nurhaeni, N. (2011). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (Edisi 1). Buku Kedokteran EGC.
- Kemenkes RI. (2014). Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. In *Pemerintah Pusat* (Issue 1). <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38646/uu-no-18-tahun-2014>
- Lee, K., Lee, H.-K., & Kim, S. H. (2017). Temperament and character profile of collegestudents who have suicidal ideas or have attempted suicide. *Journal of Affective Disorders*, 221, 198–204.  
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06\\_025](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06_025)
- Lenz, B., Röther, M., Bouna-pyrrou, P., Mühle, C., Tektas, O. Y., & Kornhuber, J. (2019). Progress in Neurobiology The androgen model of suicide completion. *Progress in Neurobiology*, 172(January 2017), 84–103.  
<https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2018.06.003>
- Lumongga, N. (2016). *Depresi: Tinjauan Psikologis*. Jakarta: Kencana
- National Institute of Mental Health. (2016). *Depression Basics*. Retrieved from [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/depressi onbasics-508-01112017\\_150043.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/depressi onbasics-508-01112017_150043.pdf)
- Notoatmodjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nugraha, K. D., Ulfa, M., & Alfianto, A. G. (2020). Focus Group Discussion tentang Pencegahan Risiko Bunuh Diri Terhadap

- Perilaku Risiko Bunuh Diri Pada Remaja Berisiko. *Media Husada Journal of Nursing Science*, 11–17.
- Nugroho, W. B. (2012). Pemuda , Bunuh Diri dan Resiliensi : Jurnal Studi Pemuda, I(1), 31–45.
- Nursalam, & Lestari, P. P. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.
- Nursyamsi.NL. (2017). Metodologi Penelitian Keperawatan. In M. K. Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns. (Ed.), *Book* (1st ed., Issue September). PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI. [www.globaleksekutifteknologi.co.id](http://www.globaleksekutifteknologi.co.id)
- Patrizia Zeppigno, Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation <http://ps.psychiatryonline.org>, Italy, 2015.
- Pemayun, C. I. S., & Diniari, N. K. S. (2017). Perilaku Bunuh Diri Pada Klien Terapi Metadon Di PTRM Sandat RSUP Sanglah. *E-Jurnal Medika*, 6(5), 1–4.
- Perez, P. S., Mendez, I., K. Singh, M., Berk, M., Picado, M., Font, E., Moreno, E., Martinez, E., Morer, A., Borrás, R., Cosi, A., & Remero, S. (2020). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with a High Risk of Suicide in a Community Clinic : A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1–13. <https://doi.org/10.1111/sltb.12612>
- Purwana, E. R., & Masadah, M. (2019). Efektifitas Metode Pembelajaran Focus Group Discussion (FGD) Dalam Meningkatkan Prestasi Belajar Pada Materi Keperawatan Jiwa Pada Mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekes Kemenkes Mataram Tahun 2018. *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 1(1), 16. <https://doi.org/10.32807/jkt.v1i1.19>
- Riskesdas. (2018). *Laporan Riskesdas 2018 Nasional*. badan penelitian dan pengembangan kesehatan.



- Sadock BJ, Sadock VA, Emergency Psychiatric Medicine, Suicid, In Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Williams and Wilkins, 9th ed. ; 2013: 901-913
- Sajatovic M, Ramirez LF, Suicide Risk Assessment Scales in Rating Scales in Mental Health, Lexi-Comp Inc, 2011; 294-295.
- Santoso, M. B., Hasanah, D., Asiah, S., & Kirana, C. I. (2017). Bunuh Diri Dan Depresi Dalam Perspektif Pekerjaan. *Prosiding Penelitian & Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(3), 390–447.
- Saputri, R., & Rahayu, D. A. (2020). Penurunan Resiko Bunuh Diri Dengan Terapi Relaksasi Guided Imagery Pada Pasien Depresi Berat. *Ners Muda*, 166–168.
- Shilubane, H. N., Ruiters, R. A. C., Bos, A. E. R., & Reddy, P. S. (2014). Pengetahuan dan pengalaman siswa sekolah menengah atas tentang teman sebaya yang melakukan atau mencoba bunuh diri : studi kelompok terfokus.
- Simanjuntak, J. (2013). *Konseling Gangguan Jiwa & Okultisme*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama. Retrieved from [https://books.google.co.id/books?id=EVDjD\\_](https://books.google.co.id/books?id=EVDjD_)
- Stuart, G. W. (2023). prinsip dan praktik KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA STUART ( budi anna Keliat (ed.); 2nd ed.). hooi ping chee.
- Sukero TP, Melartin TK, Rytsala HJ, et al, Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder, *Br J of Psychiatry*, 2015, 186; 314-318.
- Surilena, Feomena Bunuh Diri pada Masyarakat Indonesia, *Ebers Papyrus* 2014, 3 September; 147-163
- The Mental Health Recovery Institute. (2017). *The 13 Suicide Warning Signs: A Guide for Managers*. Australai: The Mental Health Recovery Institute. Retrieved from [www.mhri.com.au](http://www.mhri.com.au)
- WHO, Preventing suicide a reource for media professionals. *Mental and behavioral disordes*; Department of Mental Health WHO, 2017

- WHO, Preventing suicide a resource for primary health care workers. Mental and behavioral disorders; Department of Mental Health WHO 2019
- WHO, Preventing suicide at work. Mental and behavioral disorders; Department of Mental Health WHO, 2019.
- WHO. (2019). The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. *The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023)*, 1–4. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf?ua=1>
- Wu, C., Lin, Y., Chang Yeh, M., Huang, L., Chen, S., Liao, S., & Lee, M. (2014). Effectiveness of Interactive Discussion Group In Suicide Risk Assessment Among General Nurses In Taiwan: A Randomized Controlled Trial. *Nurse Education Today*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.03.015>
- Yoga BH, Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Cara Bunuh Diri di Gunungkidul Yogyakarta, Yogyakarta: Universitas Gadjah mada, 2013
- Yusuf, A. ., Fitryasari, R., Nihayati, H. ., & et all. (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. In G. Faqihani (Ed.), *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa* (1st ed.). Salemba Medika. <https://doi.org/ISBN 978-xxx-xxx-xx-x>
- Zulaikha, A., & Febriyana, N. (2018). Bunuh Diri Pada Anak dan Remaja; *Suicide in Children and Adolescent. Suicide in Children and Adolescent, suicide and children*, 11.